1 de enero – 31 de diciembre de 2027

Evidencia de Cobertura para 2027:

Sus beneficios y servicios de salud de Medicare y su cobertura de medicamentos recetados como miembro de Prominence Plus HMO en el norte de Texas.

Este documento le brinda los detalles de su cobertura de salud y de medicamentos 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
- Sus beneficios médicos y de medicamentos
- 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 Plus HMO, es ofrecido por Prominence Health Plan. (Cuando en esta *Evidencia de Cobertura* se dice “nosotros”, “nos” o “nuestro”, se refiere a Prominence Health Plan. Cuando se dice “plan” o “nuestro plan”, se refiere a Prominence Plus 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.

Nuestro formulario, nuestra red de farmacias y/o nuestra red de proveedores pueden cambiar en cualquier momento. Usted recibirá un aviso cuando sea necesario. Le avisaremos sobre cualquier cambio que pueda afectarle con al menos 30 días de anticipación.

Tabla de contenido

CAPÍTULO 1: Cómo comenzar como miembro 5

SECCIÓN 1 Usted es miembro de *Prominence Plus HMO* 5
SECCIÓN 2 Requisitos de elegibilidad del plan 6
SECCIÓN 3 Materiales importantes para los miembros 7
SECCIÓN 4 Resumen de costos importantes para 2027 9
SECCIÓN 5 Más información sobre su prima mensual del plan 14
SECCIÓN 6 Mantenga actualizado el registro de membresía de su plan 16
SECCIÓN 7 Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan 17

CAPÍTULO 2: Números de teléfono y recursos 19

SECCIÓN 1 *Prominence Plus HMO*: contactos 19
SECCIÓN 2 Obtenga ayuda de Medicare 22
SECCIÓN 3 Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP) 23
SECCIÓN 4 Organización para el Mejoramiento de la Calidad (QIO) 24
SECCIÓN 5 Seguro Social 25
SECCIÓN 6 Medicaid 26
SECCIÓN 7 Programas que ayudan a las personas a pagar los medicamentos recetados 27
SECCIÓN 8 Junta de Retiro Ferroviario (RRB) 30
SECCIÓN 9 Si usted tiene un seguro de grupo u otro seguro de salud de un empleador 31

CAPÍTULO 3: Cómo usar nuestro plan para sus servicios médicos 32

SECCIÓN 1 Cómo obtener atención médica como miembro de nuestro plan 32
SECCIÓN 2 Use proveedores de la red de nuestro plan para obtener atención médica 34
SECCIÓN 3 Cómo obtener servicios en caso de emergencia, desastre o necesidad urgente de atención 39
SECCIÓN 4 ¿Qué sucede si le facturan directamente el costo total de los servicios cubiertos? 41
SECCIÓN 5 Servicios médicos en un estudio de investigación clínica 42
SECCIÓN 6 Reglas para obtener atención en una institución religiosa de atención de salud no médica 44
SECCIÓN 7 Reglas sobre la propiedad del equipo médico duradero 45

CAPÍTULO 4: Cuadro de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga) 47

SECCIÓN 1 Cómo entender sus gastos de bolsillo por los servicios cubiertos 47
SECCIÓN 2 El Cuadro de Beneficios Médicos muestra sus beneficios y costos médicos 49
SECCIÓN 3 Servicios que nuestro plan no cubre (exclusiones) 94

CAPÍTULO 5: Cómo usar la cobertura del plan para los medicamentos de la Parte D 98

SECCIÓN 1 Reglas básicas para la cobertura de la Parte D de nuestro plan 98
SECCIÓN 2 Surta su receta en una farmacia de la red o a través del servicio de pedido por correo de nuestro plan 99
SECCIÓN 3 Sus medicamentos deben estar en la Lista de Medicamentos de nuestro plan 102
SECCIÓN 4 Medicamentos con restricciones de cobertura 104
SECCIÓN 5 Qué puede hacer si uno de sus medicamentos no está cubierto de la manera que usted desea 106
SECCIÓN 6 Nuestra Lista de Medicamentos puede cambiar durante el año 109
SECCIÓN 7 Tipos de medicamentos que no cubrimos 111
SECCIÓN 8 Cómo surtir una receta 113
SECCIÓN 9 Cobertura de medicamentos de la Parte D en situaciones especiales 114
SECCIÓN 10 Programas sobre seguridad de los medicamentos y manejo de medicamentos 115

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

SECCIÓN 1 Lo que usted paga por los medicamentos de la Parte D 119
SECCIÓN 2 Etapas de pago de medicamentos para los miembros de *Prominence Plus HMO* 121
SECCIÓN 3 Su *Explicación de Beneficios (EOB) de la Parte D* explica en qué etapa de pago se encuentra 122
SECCIÓN 4 No hay deducible para Prominence Plus HMO 124
SECCIÓN 5 La Etapa de Cobertura Inicial 124
SECCIÓN 6 La Etapa de Cobertura Catastrófica 131
SECCIÓN 7 Información adicional sobre los beneficios 131
SECCIÓN 8 Lo que usted paga por las vacunas de la Parte D 131

CAPÍTULO 7: Cómo pedirnos que paguemos nuestra parte de una factura por servicios médicos o medicamentos cubiertos 134

SECCIÓN 1 Situaciones en las que debe pedirnos que paguemos nuestra parte de los servicios o medicamentos cubiertos 134
SECCIÓN 2 Cómo pedirnos que le reembolsemos o que paguemos una factura que usted recibió 137
SECCIÓN 3 Consideraremos su solicitud de pago y le diremos que sí o que no..... 138

CAPÍTULO 8: Sus derechos y responsabilidades 139

SECCIÓN 1 Nuestro plan debe respetar sus derechos y sensibilidades culturales.... 139
SECCIÓN 2 Sus responsabilidades como miembro de nuestro plan 145

CAPÍTULO 9: Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas) 147

SECCIÓN 1 Qué hacer si tiene un problema o una inquietud..... 147
SECCIÓN 2 Dónde obtener más información y ayuda personalizada 148
SECCIÓN 3 Qué proceso usar para su problema..... 148
SECCIÓN 4 Una guía sobre las decisiones de cobertura y las apelaciones 149
SECCIÓN 5 Atención médica: cómo pedir una decisión de cobertura o presentar una apelación 152
SECCIÓN 6 Medicamentos de la Parte D: cómo pedir una decisión de cobertura o presentar una apelación 161
SECCIÓN 7 Cómo pedirnos que cubramos una hospitalización más prolongada si usted cree que le están dando de alta demasiado pronto 173
SECCIÓN 8 Cómo pedirnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos si usted cree que su cobertura termina demasiado pronto 179
SECCIÓN 9 Cómo llevar su apelación a los Niveles 3, 4 y 5 183
SECCIÓN 10 Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes..... 187

CAPÍTULO 10: Cómo terminar su membresía en nuestro plan..... 190

SECCIÓN 1 Cómo terminar su membresía en nuestro plan 190
SECCIÓN 2 ¿Cuándo puede terminar su membresía en nuestro plan? 190
SECCIÓN 3 Cómo terminar su membresía en nuestro plan 193
SECCIÓN 4 Hasta que termine su membresía, debe seguir obteniendo sus artículos, servicios y medicamentos médicos a través de nuestro plan..... 194
SECCIÓN 5 *Prominence Plus HMO* debe terminar su membresía en el plan en ciertas situaciones..... 194

CAPÍTULO 11: Avisos legales 197

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

CAPÍTULO 12: Definiciones 200

CAPÍTULO 1:
Cómo comenzar como miembro

SECCIÓN 1 Usted es miembro de *Prominence Plus HMO*

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

Usted está cubierto por Medicare y eligió obtener su cobertura de salud y de medicamentos de Medicare a través de nuestro plan, *Prominence Plus 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 Plus HMO es un Plan HMO de Medicare Advantage (HMO significa Organización para el Mantenimiento de la Salud) aprobado por Medicare y administrado por una compañía privada.

Sección 1.2 Información legal sobre la *Evidencia de Cobertura*

Esta *Evidencia de Cobertura* forma parte de nuestro contrato con usted sobre cómo *Prominence Plus HMO* cubre su atención. Otras partes de este contrato incluyen su formulario de inscripción, la *Lista de Medicamentos Cubiertos* (formulario) y cualquier aviso que reciba de nosotros sobre cambios en su cobertura o condiciones que afecten su cobertura. A estos avisos a veces se les llama *cláusulas adicionales* o *enmiendas*.

El contrato está vigente durante los meses en que usted esté inscrito en *Prominence Plus 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 Plus 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 Plus HMO* cada año. Usted puede seguir recibiendo cobertura de Medicare como miembro de nuestro plan mientras nosotros elijamos 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 Plus HMO*

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

Nuestra área de servicio incluye estos condados de Texas: Cook, Deaf Smith, Fannin, Gray, Grayson, Moore, Potter y Randall.

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).

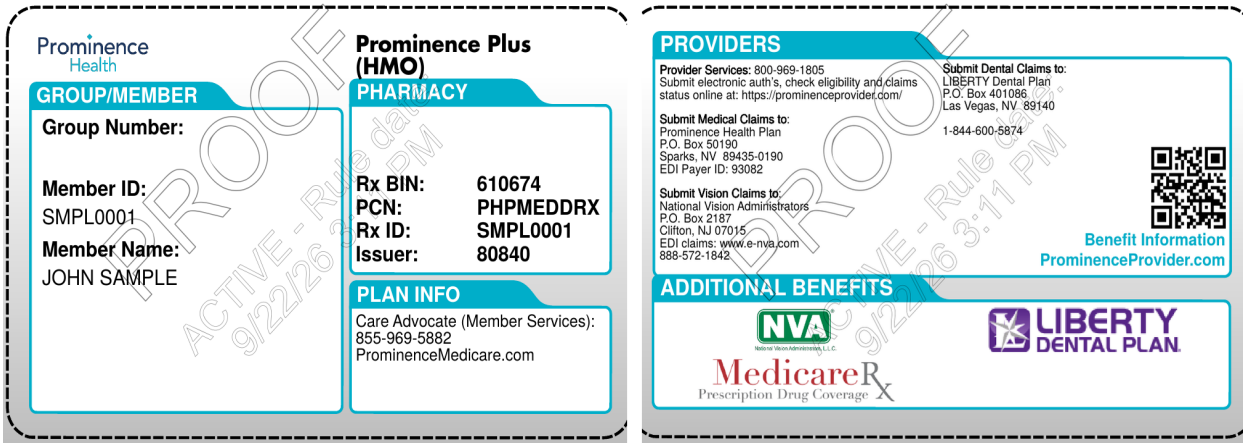
Sección 2.3 Ciudadano o nacional de los EE. UU., o no ciudadano elegible

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) notificará a *Prominence Plus HMO* si usted no es elegible para seguir siendo miembro de nuestro plan por este motivo. *Prominence Plus 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 y para los medicamentos recetados que obtenga en farmacias de la red. También debe mostrarle al proveedor su tarjeta de Medicaid, si tiene una. Ejemplo de tarjeta de membresía del plan:



NO use su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare para los servicios médicos cubiertos mientras sea miembro de este plan. Si usa su tarjeta de Medicare en lugar de su tarjeta de membresía de *Prominence Plus 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 Directorio de Proveedores y Farmacias

El *Directorio de Proveedores y Farmacias* en www.prominencemedicare.com enumera a 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 obtener su atención y servicios médicos. Si acude a otro lugar sin la autorización correspondiente, 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 Plus HMO* autorice el uso de proveedores fuera de la red.

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

Sección 3.3 Lista de Medicamentos (formulario)

Nuestro plan tiene una *Lista de Medicamentos Cubiertos* (también llamada Lista de Medicamentos o formulario). Indica qué medicamentos recetados están cubiertos bajo el beneficio de la Parte D incluido en *Prominence Plus HMO*. Los medicamentos de esta lista son seleccionados por nuestro plan con la ayuda de médicos y farmacéuticos. La Lista de Medicamentos debe cumplir con los requisitos de Medicare. Los medicamentos con precios negociados bajo el Programa de Negociación de Precios de Medicamentos de Medicare se incluirán en su Lista de Medicamentos, a menos que hayan sido retirados y reemplazados según se describe en el Capítulo 5, Sección 6. Medicare aprobó la Lista de Medicamentos de *Prominence Plus HMO*.

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

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

SECCIÓN 4 Resumen de costos importantes para 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.)	**$3,000**
Visitas al consultorio de atención primaria	**$0 por visita**
Visitas al consultorio de especialistas	**Copago de $25 por visita**
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 $75 por día durante los días 1 a 5** **Usted paga un copago de $0 por día durante los días 6 a 90.** **Hospitales de nivel 2:** **Usted paga un copago de $250 por día durante los días 1 a 5.** **Usted paga un copago de $0 por día durante los días 6 a 90.**

	Sus costos en 2027
Deducible de la cobertura de medicamentos de la Parte D (Vaya a la Sección 4 del Capítulo 6 para obtener más detalles.)	**$0**
Cobertura de medicamentos de la Parte D (Vaya al Capítulo 6 para obtener más detalles, incluidas las etapas de Deducible Anual, Cobertura Inicial y Cobertura Catastrófica.)	**Costo compartido durante la Etapa de Cobertura Inicial:** **Nivel de medicamentos 1: copago de $0** **Nivel de medicamentos 2: copago de $12** **Nivel de medicamentos 3: copago de $45. Usted paga $35 por un suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.** **Nivel de medicamentos 4: copago de $100** **Nivel de medicamentos 5: 33% de coseguro. Usted paga $35 por un suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.** **Nivel 6: copago de $0** **Etapa de Cobertura Catastrófica:** **Durante esta etapa de pago, usted no paga nada por sus medicamentos cubiertos de la Parte D ni por los medicamentos excluidos que están cubiertos bajo nuestro beneficio mejorado.**

Sus costos pueden incluir lo siguiente:

- Prima del plan (Sección 4.1)
- Prima mensual de la Parte B de Medicare (Sección 4.2)
- Multa por inscripción tardía de la Parte D (Sección 4.3)
- Monto de Ajuste Mensual Relacionado con los Ingresos (Sección 4.4)
- Monto del Plan de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare (Sección 4.5)

Sección 4.1 Prima del plan

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

Sección 4.3 Multa por inscripción tardía de la Parte D

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 Plus HMO,* le informaremos el monto de la multa. Si 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 4.4 Monto de Ajuste Mensual Relacionado con los Ingresos

A algunos miembros se les puede exigir que paguen un cargo adicional, conocido como el Monto de Ajuste Mensual Relacionado con los Ingresos de la Parte D (IRMAA). El cargo adicional se calcula usando su ingreso bruto ajustado modificado, según lo informado en su declaración de impuestos del IRS de hace 2 años. Si este monto supera cierta cantidad, usted pagará el monto de la prima estándar y el IRMAA adicional. Para obtener más información sobre el monto adicional que podría tener que pagar según sus ingresos, visite www.Medicare.gov/health-drug-plans/part-d/basics/costs.

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

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

Sección 4.5 Monto del Plan de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare

Si participa en el Plan de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare, cada mes pagará la prima de su plan (si tiene una) y recibirá una factura de su plan de salud o de medicamentos por sus medicamentos recetados (en lugar de pagar en la farmacia). Su factura mensual se basa en lo que usted debe por los medicamentos recetados que obtenga, más el saldo del mes anterior, dividido entre el número de meses que quedan en el año.

La Sección 7 del Capítulo 2 ofrece más información sobre el Plan de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare. Si no está de acuerdo con el monto facturado como parte de esta opción de pago, puede seguir los pasos del Capítulo 9 para presentar una queja o una apelación.

SECCIÓN 5 Más información sobre su prima mensual del plan

Sección 5.1 Cómo pagar su multa por inscripción tardía de la Parte D

Hay tres maneras de pagar la multa.

Opción 1: Pague con cheque o giro postal

Puede pagar mensualmente con cheque o giro postal. Haga su cheque o giro postal a nombre de Prominence Health Plan, no de CMS ni de HHS. Envíelo por correo a Prominence Health, P.O. Box 888960, Los Angeles, CA 90088-8960. Debemos recibir su pago a más tardar el día 10 de cada mes.

Opción 2: Pague en línea a través del portal seguro para miembros

Puede pagar su multa por inscripción tardía de la Parte D en línea a través de nuestro portal seguro para miembros.

Opción 3: Haga que su multa por inscripción tardía de la Parte D se deduzca de su cheque mensual del Seguro Social

Para que su multa por inscripción tardía de la Parte D se deduzca de su cheque del Seguro Social, seleccione la opción de retención de la prima.

Cómo cambiar la forma en que paga su multa por inscripción tardía de la Parte D. Si decide cambiar la forma de pago de su multa por inscripción tardía de la Parte D, el nuevo método de pago puede tardar hasta 3 meses en entrar en vigor. Mientras procesamos su nuevo método de pago, usted sigue siendo responsable de asegurarse de que su multa por

inscripción tardía de la Parte D se pague a tiempo. Para cambiar su método de pago, comuníquese con el equipo de Defensores de Atención para obtener ayuda.

Si tiene problemas para pagar su multa por inscripción tardía de la Parte D

Su multa por inscripción tardía de la Parte D debe llegar a nuestra oficina a más tardar el día 1 del mes siguiente. Si no recibimos su pago a más tardar el día 1 del mes siguiente, le enviaremos un aviso en el que le informaremos que su membresía en el plan terminará si no recibimos su multa por inscripción tardía de la Parte D, si la debe, dentro de los 60 días posteriores a la fecha de vencimiento. Si usted debe una multa por inscripción tardía de la Parte D, debe pagarla para conservar su cobertura de medicamentos.

Si tiene problemas para pagar a tiempo su multa por inscripción tardía de la Parte D, si la debe, llame a Servicios para Miembros al 1-855-969-5882 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para ver si podemos orientarlo hacia programas que le ayuden con sus costos.

Si terminamos su membresía porque no pagó su multa por inscripción tardía de la Parte D, si la debía, tendrá cobertura de salud bajo Medicare Original. Es posible que no pueda obtener cobertura de medicamentos de la Parte D hasta el año siguiente si se inscribe en un nuevo plan durante el Período de Inscripción Abierta. (Si pasa más de 63 días sin cobertura de medicamentos acreditable, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D mientras tenga cobertura de la Parte D.)

Cuando terminemos su membresía, es posible que aún nos deba multas sin pagar. Tenemos derecho a procurar el cobro del monto que usted debe. Si en el futuro desea volver a inscribirse en nuestro plan (o en otro plan que ofrecemos), deberá pagar el monto que debe antes de poder inscribirse.

Si cree que terminamos su membresía por error, puede presentar una queja (también llamada reclamo formal). Si tuvo una circunstancia de emergencia fuera de su control que le impidió pagar su multa por inscripción tardía de la Parte D, si la debía, dentro de nuestro período de gracia, puede presentar una queja. En el caso de las quejas, revisaremos nuestra decisión nuevamente. Vaya al Capítulo 9 para saber cómo presentar una queja o llámenos al 1-855-969-5882. 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. Los usuarios de TTY deben llamar al 711. Debe presentar su queja a más tardar 60 días calendario después de la fecha en que termine su membresía.

Sección 5.2 La prima mensual de su plan no cambiará durante el año

No se nos permite cambiar el monto de la prima mensual de nuestro 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.

Sin embargo, en algunos casos, es posible que pueda dejar de pagar una multa por inscripción tardía, si debe una, o que necesite comenzar a pagar una multa por inscripción tardía. Esto podría suceder si usted pasa a ser elegible para la Ayuda Adicional o pierde su elegibilidad para la Ayuda Adicional durante el año.

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

Obtenga más información sobre la Ayuda Adicional en la Sección 7 del Capítulo 2.

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, farmacéuticos y otros proveedores de la red de su plan **usan su registro de membresía para saber qué servicios y medicamentos están cubiertos y cuáles son sus montos de costo compartido**. Por este motivo, 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 deciden 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 ("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 farmacia.

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 *Prominence Plus HMO*: contactos

Si necesita ayuda con reclamaciones, facturación o preguntas sobre la tarjeta de miembro, llame o escriba a Servicios para Miembros de *Prominence Plus 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 cobertura o sobre el monto que pagaremos por sus servicios médicos o medicamentos de la Parte D. 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 presentar apelaciones sobre su atención médica o sus medicamentos de la Parte D, vaya al Capítulo 9.

Decisiones de cobertura y apelaciones sobre atención médica o medicamentos de la Parte D – 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

Puede presentar una queja sobre nosotros o sobre uno de nuestros proveedores o farmacias 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, vaya al Capítulo 9.

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 Plus HMO* directamente ante Medicare, vaya a www.Medicare.gov/my/medicare-complaint.

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

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

Si nos envía una solicitud de pago y rechazamos cualquier parte de su solicitud, puede apelar nuestra decisión. Vaya al Capítulo 9 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 informar a Medicare sobre cualquier queja que tenga sobre *Prominence Plus 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. En Texas, el SHIP se llama Programa de Asesoramiento y Defensa sobre Información de Salud de Texas (HICAP).

HICAP es un programa estatal independiente (no está relacionado 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 de HICAP pueden ayudarle a entender 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 de HICAP también pueden ayudarle con

preguntas o problemas de Medicare, ayudarle a entender sus opciones de planes de Medicare y responder preguntas sobre cómo cambiar de plan.

Programa de Asesoramiento y Defensa sobre Información de Salud de Texas (HICAP) – Información de contacto	
Llame	1-800-252-9240
TTY	711 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas con dificultades auditivas o del habla.
Escriba	Programa de Asesoramiento y Defensa sobre Información de Salud de Texas (HICAP) Centro de Servicios Legales de Texas (TLSC) P.O Box 12629 Austin, TX 78711
Sitio web	https://www.hhs.texas.gov/services/health/medicare

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

Hay una Organización para el Mejoramiento de la Calidad designada que atiende a los beneficiarios de Medicare en cada estado. En Texas, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad se llama Acentra.

Acentra tiene un grupo de médicos y otros profesionales de atención médica a quienes Medicare les paga para que verifiquen y ayuden a mejorar la calidad de la atención de las personas con Medicare. *Acentra* es una organización independiente. No está relacionada con nuestro plan.

Usted debe comunicarse con Acentra en cualquiera de estas situaciones:

- Usted tiene una queja sobre la calidad de la atención que ha recibido.
- 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) termina demasiado pronto.

Acentra (Organización para el Mejoramiento de la Calidad de Texas) – Información de contacto	
Llame	1-888-315-0636 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	711 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas con dificultades auditivas o del habla.
Escriba	1650 Summit Lake Dr., Suite 102 Tallahassee, FL 32317
Sitio web	https://www.acentraqio.com

SECCIÓN 5 Seguro Social

El Seguro Social determina la elegibilidad para Medicare y se encarga de la inscripción en Medicare. El Seguro Social también es responsable de determinar quiénes tienen que pagar un monto adicional por su cobertura de medicamentos de la Parte D porque tienen un ingreso más alto. Si usted recibió una carta del Seguro Social que le indica que tiene que pagar el monto adicional y tiene preguntas sobre el monto, o si sus ingresos disminuyeron debido a un evento que cambió su vida, puede llamar al Seguro Social para solicitar una reconsideración.

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 la *Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas*

Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas – Información de contacto	
Llame	1-800-335-8957 Disponible de 7:00 a.m. a 7:00 p.m., de lunes a viernes -4000
TTY	711 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas con dificultades auditivas o del habla.
Escriba	Medicaid de Texas Sus Beneficios de Texas

	P.O Box 149025 Austin, TX 78714-9969
Sitio web	https://www.yourtexasbenefits.com/Learn/Home

SECCIÓN 7 Programas que ayudan a las personas a pagar los medicamentos recetados

El sitio web de Medicare (www.Medicare.gov/basics/costs/help/drug-costs) tiene información sobre formas de reducir los costos de sus medicamentos recetados. Los programas que se indican a continuación pueden ayudar a las personas con ingresos limitados.

Ayuda Adicional de Medicare

Medicare y el Seguro Social tienen un programa llamado Ayuda Adicional que puede ayudar a pagar los costos de los medicamentos de las personas con ingresos y recursos limitados. Si usted califica, recibe ayuda para pagar la prima mensual del plan, el deducible anual y los copagos de su plan de medicamentos de Medicare. La Ayuda Adicional también cuenta para sus gastos de bolsillo.

Si usted califica automáticamente para la Ayuda Adicional, Medicare le enviará por correo una carta de color púrpura para informárselo. Si no califica automáticamente, puede presentar una solicitud en cualquier momento. Para saber si califica para recibir Ayuda Adicional:

- Visite https://secure.ssa.gov/i1020/start para presentar la solicitud en línea
- Llame al Seguro Social al 1-800-772-1213. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778.

Cuando usted solicita la Ayuda Adicional, también puede comenzar el proceso de solicitud para un Programa de Ahorros de Medicare (MSP). Estos programas estatales brindan ayuda con otros costos de Medicare. El Seguro Social enviará información a su estado para iniciar una solicitud de MSP, a menos que usted le indique lo contrario en la solicitud de Ayuda Adicional.

Si usted califica para la Ayuda Adicional y cree que está pagando un monto incorrecto por su medicamento recetado en una farmacia, nuestro plan tiene un proceso para ayudarle a obtener evidencia del monto correcto del copago. Si usted ya tiene evidencia del monto correcto, podemos ayudarle a compartir esta evidencia con nosotros.

- Comuníquese con el número de Servicios para Miembros con su evidencia de Ayuda Adicional y le guiarán en el proceso. (Los números de teléfono de Servicios para Miembros están impresos en la contraportada de este folleto).
- Cuando recibamos la evidencia que muestre el nivel correcto de copago, actualizaremos nuestro sistema para que usted pueda pagar el monto correcto cuando surta su próxima receta. Si usted paga de más su copago, le reembolsaremos el monto, ya sea mediante un cheque o un crédito para un copago futuro. Si la farmacia no cobró su copago y usted tiene una deuda con ella, es posible que hagamos el pago directamente a la farmacia. Si un estado pagó en su nombre, es posible que hagamos el pago directamente al estado. Llame a Servicios para Miembros al 1-855-969-5882 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) si tiene preguntas.

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

Muchos estados ofrecen ayuda para pagar los medicamentos recetados, las primas del plan de medicamentos y otros costos de medicamentos. Si usted está inscrito en un Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica (SPAP), la Ayuda Adicional de Medicare paga primero.

En Texas, el SHIP se llama Programa de Asesoramiento y Defensa sobre Información de Salud de Texas (HICAP).

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

El Programa de Asistencia con Medicamentos para el SIDA (ADAP) ayuda a las personas que viven con VIH/SIDA a tener acceso a medicamentos para el VIH que salvan vidas. Los medicamentos de la Parte D de Medicare que también están en el formulario del ADAP califican para recibir ayuda con el costo compartido de los medicamentos recetados a través del:

Programa de VIH/ETS del DSHS

Apartado postal 149347

Austin, Texas 78714

888-963-7111

https://www.dshs.texas.gov/contact-us

Nota: Para ser elegibles para el ADAP en su estado, las personas deben cumplir ciertos criterios, que incluyen comprobante de residencia estatal y de estado de VIH, bajos ingresos (según lo defina el estado) y condición de no asegurado o con seguro insuficiente. Si usted cambia de plan, notifique al trabajador de inscripción del ADAP de su localidad para que pueda continuar recibiendo ayuda. Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame a su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP) (los números de teléfono se encuentran en la Sección 3 de este Capítulo) o 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.

Programas Estatales de Asistencia Farmacéutica

Muchos estados tienen Programas Estatales de Asistencia Farmacéutica que ayudan a las personas a pagar los medicamentos recetados según su necesidad económica, edad, afección médica o discapacidad. Cada estado tiene reglas diferentes para brindar cobertura de medicamentos a sus miembros.

SPAP para VIH de Texas – Información de contacto	
Llame	1-888-963-7111
TTY	711 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas con dificultades auditivas o del habla.
Escriba	Programa de VIH/ETS del DSHS Apartado postal 149347 Austin, Texas 78714
Sitio web	http://dshs.texas.gov/hivstd/meds/spap.shtm

Plan de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare

El Plan de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare es una opción de pago que funciona junto con su cobertura de medicamentos actual para ayudarle a administrar sus gastos de bolsillo por los medicamentos cubiertos por nuestro plan, distribuyéndolos a lo largo del **año calendario** (de enero a diciembre). Cualquier persona con un plan de medicamentos de Medicare o un plan de salud de Medicare con cobertura de medicamentos (como un plan Medicare Advantage con cobertura de medicamentos) puede usar esta opción de pago. **Esta opción de pago podría ayudarle a administrar sus gastos, pero no le ahorra dinero ni reduce los costos de sus medicamentos. Si usted participa en el Plan de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare y permanece en el mismo plan de la Parte D, su participación se renovará automáticamente para 2027; no necesita presentar una nueva**

solicitud de elección para continuar participando en 2027. Para obtener más información sobre esta opción de pago, llame a Servicios para Miembros al 1-855-969-5882 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o visite www.Medicare.gov.

Plan de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare – Información de contacto	
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 gratuitos de intérprete de idiomas para las 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

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.

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

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, el equipo y los medicamentos recetados que cubre nuestro plan. Sus servicios cubiertos de atención médica se enumeran en el Cuadro de Beneficios Médicos en el Capítulo 4. Sus servicios cubiertos de medicamentos recetados se describen en el Capítulo 5.

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

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

Prominence Plus 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 los servicios de emergencia o 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 reciba en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando se encuentre temporalmente fuera del área de servicio de nuestro plan o cuando su proveedor de este servicio no esté disponible o no sea accesible temporalmente. El costo compartido que usted paga a nuestro plan por la diálisis nunca puede ser mayor que el costo compartido en Medicare Original. Si usted se encuentra fuera del área de servicio de nuestro plan y recibe diálisis de un proveedor que está fuera de la red de nuestro plan, su costo compartido no puede ser mayor que el costo compartido

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

SECCIÓN 2 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 a un Médico de Atención Primaria del Directorio de Proveedores y Farmacias y llama a Servicios para Miembros con 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 esté 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 PCP considere que usted necesita un tratamiento especializado, él o ella hará los arreglos para que usted consulte a un especialista o a otros proveedores de nuestra red. Es posible que los miembros de Prominence Plus HMO necesiten una remisión de su PCP para acudir 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 organizar 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 y Farmacias en www.prominencemedicare.com o llame a Servicios para Miembros. Los números de teléfono de Servicios para Miembros están impresos en la contraportada de este folleto.) Servicios para Miembros también verificará que el especialista 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 obtener información sobre qué servicios requieren autorización previa). La autorización puede obtenerse del plan. Usted o su proveedor, incluido un proveedor sin contrato, pueden preguntar 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 llama determinación anticipada. Si decimos que no cubriremos sus servicios, usted o su proveedor tienen derecho a apelar nuestra

decisión de no cubrir su atención. El Capítulo 9 (Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)) tiene más información sobre qué hacer si desea obtener una decisión de cobertura de nuestra parte o 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 administrando 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 9).

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, o
- 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 usted necesita atención que no es de emergencia después del horario normal de atención, puede acudir al Centro de Atención de Urgencia más cercano. Consulte el Directorio de Proveedores y Farmacias para obtener información sobre los Centros de Atención de

Urgencia. Recuerde presentar su tarjeta de identificación de miembro 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. Si no puede usar una farmacia de la red durante un desastre, es posible que pueda surtir sus recetas en una farmacia fuera de la red. Consulte el Capítulo 5, Sección 2.5.

SECCIÓN 4 ¿Qué sucede si 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 recibe 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 Plus HMO cubre todos los servicios médicamente necesarios que se enumeran en el Cuadro de Beneficios Médicos en el Capítulo 4. Si usted recibe servicios que nuestro plan no cubre, o recibe servicios fuera de la red sin autorización que no son servicios 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 usted reciba como parte del estudio. Si usted nos informa que participa en un ensayo clínico calificado, solo es responsable del costo compartido dentro de la red por los servicios de ese ensayo. Si pagó más (por ejemplo, si ya pagó el monto de costo compartido de Medicare Original), le reembolsaremos la diferencia entre lo que pagó y el costo compartido dentro de la red. Usted 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 vuelven propietarias del equipo después de pagar copagos por el artículo durante 13 meses. **Como miembro de *Prominence Plus HMO*, por lo general usted no se volverá propietario de los artículos de DME alquilados, sin importar cuántos copagos haga por el artículo mientras sea miembro de nuestro plan**. No se volverá propietario aunque haya hecho hasta 12 pagos consecutivos por el artículo de DME conforme a 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 Medicare de equipo de oxígeno, *Prominence Plus 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 Plus HMO* o ya no necesita equipo de oxígeno por razones médicas, 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 Plus 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 tiene que pagar de su bolsillo cada año por los servicios médicos dentro de la red cubiertos conforme a 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 $3,000.**

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 *$3,000*, 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 Plus HMO*, usted tiene una protección importante porque solo tiene que pagar su monto de costo compartido cuando recibe servicios cubiertos por nuestro plan. Los proveedores no pueden facturarle cargos separados adicionales, lo que se denomina **facturación del saldo**. Esta protección se aplica incluso si nosotros pagamos al proveedor menos de lo que este cobra por un servicio, y aun 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 próximas páginas enumera los servicios que *Prominence Plus HMO* cubre y lo que usted paga de su bolsillo por cada servicio (la cobertura de medicamentos de la Parte D se encuentra en el Capítulo 5). Los servicios enumerados en el Cuadro de Beneficios Médicos están cubiertos solo cuando se cumplen los siguientes 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	No hay coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para este examen de detección preventivo.

en enfermería clínica (CNS) una remisión para este examen.	
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,	No hay coseguro ni copago para las visitas cubiertas por Medicare.

• una licencia vigente, completa, activa y sin restricciones para ejercer la acupuntura en un estado, territorio o mancomunidad (es decir, 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.	$250 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	No hay coseguro, copago ni deducible para las mamografías de detección cubiertas.

• Exámenes clínicos de los senos una vez cada 24 meses • 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 $5 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

	una subluxación). La atención quiropráctica de rutina no está cubierta. *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 preventiva e integral con un límite combinado de $2,000. 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 las 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 12 y el Capítulo 3). Los artículos cubiertos incluyen, entre otros, sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para diabéticos, camas de hospital 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 Plus HMO* cubre cualquier DME cubierto por Medicare Original de las marcas y los fabricantes de esta lista. No cubriremos otras marcas ni fabricantes, a menos que su médico u otro proveedor nos indique que la marca es apropiada para sus necesidades médicas. Si usted es nuevo en *Prominence Plus HMO* y usa una marca de DME que no está en nuestra lista, seguiremos cubriendo esa marca	*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.

para usted por hasta 90 días. Durante este tiempo, usted debe hablar con su médico para decidir qué marca es médicamente apropiada después de este período de 90 días. (Si no está de acuerdo con su médico, puede pedirle que lo remita para obtener 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 apropiado para su afección médica. (Para obtener más información sobre las apelaciones, consulte el Capítulo 9).	
Atención de emergencia La atención de emergencia se refiere a los servicios que son: • 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 $150 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 $150 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.
Tarjeta de beneficios adicionales Los beneficios de artículos y servicios de venta libre se limitan a la red minorista de &more. Los productos de venta libre (OTC) están disponibles mediante compras en tienda, por catálogo o en línea en andmorehealth.com, o llamando al 855-AND-MORE. También puede visitar el sitio web ProminenceMedicare.com para ver el catálogo de productos OTC de 2027 actualizado y las ubicaciones de las tiendas.	Usted recibe una asignación de $125 cada tres meses para medicamentos y suministros de venta libre (OTC).
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	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

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 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	$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.
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. 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	Copago de $0 *Se requiere autorización previa.*
Terapia de infusión en el hogar La terapia de infusión en el hogar implica la administración intravenosa o subcutánea de medicamentos o productos biológicos a 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	Copago de $0 *Se requiere autorización previa.*

• 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	
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	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 son pagados por Medicare Original, no por *Prominence Plus HMO*.

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 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 Plus HMO* pero no cubiertos por la Parte A o B de Medicare: *Prominence Plus 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.

Para los medicamentos que pueden estar cubiertos por el beneficio de la Parte D de nuestro plan: Si estos medicamentos no están relacionados con su afección terminal de hospicio, usted paga el costo compartido. Si están relacionados con su afección terminal de hospicio, usted paga el costo compartido de Medicare Original. Los medicamentos nunca están cubiertos por el hospicio y por nuestro plan al mismo tiempo. Para obtener más información, consulte el Capítulo 5, Sección 9.4).

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 • 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 También cubrimos la mayoría de las demás vacunas para adultos con nuestro beneficio de medicamentos de la Parte D. Consulte el Capítulo 6, Sección 8 para obtener más información.	No hay coseguro, copago ni deducible para las vacunas contra la neumonía, la gripe/influenza, la hepatitis B y el COVID-19.

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 hígado, de pulmón, de corazón/pulmón, de médula ósea, de células madre y de intestino/multivisceral. Si usted necesita un trasplante, haremos los arreglos para que su caso sea revisado por un centro de trasplantes	Hospitales de nivel 1: Usted paga un copago de $75 por día por los días 1 a 5 Usted paga un copago de $0 por día durante los días 6 a 90. Hospitales de nivel 2: Usted paga un copago de $250 por día por los días 1 a 5. Usted paga un copago de $0 por día por los días 6 a 90. Usted paga un copago de $0 por día por 3 días adicionales por período de beneficios más allá del período de beneficios estándar cubierto por Medicare. Usted paga un copago de $0 por día por días ilimitados más allá del período de beneficios de 90 días cubierto por Medicare. 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.

aprobado por Medicare, que decidirá si usted es candidato para un trasplante. Si *Prominence Plus 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 apropiados 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.	La Parte A de Medicare cubre hasta 90 días de hospitalización médicamente necesaria por cada período de beneficios. Medicare también cubre hasta 60 días adicionales de reserva 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	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 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	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	Los servicios enumerados seguirán estando cubiertos con los montos de costo compartido que se muestran en el cuadro de beneficios para el servicio

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	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. 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,	No hay coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para los servicios de terapia de nutrición médica cubiertos por Medicare.

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) • 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	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. *Se requiere autorización previa, incluida la terapia escalonada, para todos los medicamentos de la Parte B con un costo superior a $100.*

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 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 la Parte B y la mayoría de las vacunas para adultos con nuestro beneficio de medicamentos de la Parte D.

El Capítulo 5 explica nuestro beneficio de medicamentos de la Parte D, incluidas las reglas que usted debe seguir para que sus recetas estén

cubiertas. Lo que usted paga por los medicamentos de la Parte D a través de nuestro plan se explica en el Capítulo 6.	
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 • Suministros quirúrgicos, como apósitos	Usted paga un copago de $0 por pruebas y procedimientos de diagnóstico. Usted paga un copago de $0 por servicios de laboratorio. Usted paga un copago de $60 por

• 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	servicios de radiología de diagnóstico (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 noche en el hospital, es posible que aún se le	Usted paga un copago de $125 por estadía. *Los servicios requieren autorización previa.*

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 de si es un paciente ambulatorio, pregunte al personal del hospital.	Usted paga un copago de $350 por servicios hospitalarios ambulatorios. Usted paga $125 por todos los servicios recibidos durante la atención de 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.*

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 $5 por cada visita de terapia ocupacional cubierta por Medicare. Copago de $20 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 servicios que solo se encuentran en el entorno hospitalario para pacientes internados	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.*

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 Los servicios cubiertos incluyen: • Servicios de atención médica o cirugía médicamente necesarios que usted recibe en el	Usted paga un copago de $0 por los servicios de médico de atención primaria. Usted paga un copago de $25 por

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 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	visita por los servicios de especialistas. Usted paga un copago de $0 por los servicios de telesalud *Los servicios de especialistas pueden requerir autorización previa y remisiones.*

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)	Usted paga un copago de $5 por los servicios de podología cubiertos por Medicare. Los servicios de cuidado rutinario de los pies no están cubiertos. *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 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	No hay coseguro, copago ni deducible para el beneficio de PrEP.

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 nuestro departamento de 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 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	Usted paga un coseguro del 20%. *Se requiere autorización previa para todas las prótesis/suministros médicos con un precio de compra superior a $1000 o $75 por mes, si se alquilan.*

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.	
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 $5 por visita. *Los servicios pueden requerir autorización previa.*
Monitoreo remoto de pacientes	Programa de telemonitoreo iniciado por el administrador de atención del plan de salud, en el que los miembros calificarían para el Monitoreo Remoto de Pacientes (RPM). Los signos vitales monitoreados incluyen los niveles de oxígeno, el peso y la presión arterial mediante la recopilación continua de datos, con una frecuencia que depende de la necesidad clínica y de la afección. No cubierto
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

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 alerta durante el asesoramiento), prestadas por un médico o profesional de atención primaria calificado en un entorno de atención primaria.	No hay coseguro, copago ni deducible para el beneficio preventivo de detección y asesoramiento para reducir el consumo indebido de alcohol cubierto por Medicare.
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 detecciones del cáncer de pulmón con LDCT posteriores a la detección inicial con LDCT:* los miembros deben recibir una orden para la detección del cáncer de pulmón con LDCT, que puede ser emitida 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	No hay coseguro, copago ni deducible para la visita de asesoramiento y toma de decisiones compartidas cubierta por Medicare ni para la LDCT.

decisiones compartidas para detecciones posteriores del cáncer de pulmón con LDCT, la visita debe cumplir con los criterios de Medicare para dichas visitas.	
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: • 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.	No hay coseguro, copago ni deducible para la detección del virus de la hepatitis C cubierta por Medicare.
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	No hay coseguro, copago ni deducible para el beneficio preventivo de detección de STI y asesoramiento sobre STI cubierto por Medicare.

atención primaria y se realizan en un entorno de atención primaria, como el consultorio de un médico.	
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 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**.**	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. *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 12. 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) • 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	Usted paga un copago de $20 por día por los días 1 a 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 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.*

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	
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:	Usted paga un copago de $10 por visita. *Los servicios pueden requerir autorización previa.*

• 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 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	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. Servicios de urgencia – Cobertura

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.	en todo el mundo 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.	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.

• 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 tiene una asignación de $150.00 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).	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.
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 (o 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), deberá pagarlos usted mismo, excepto bajo las condiciones específicas que se indican 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, tras 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 hemos tomado de no cubrir un servicio médico, consulte el Capítulo 9, 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	No cubierto bajo ninguna condición

Servicios no cubiertos por Medicare	Cubiertos solo bajo condiciones específicas
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	
Procedimientos médicos y quirúrgicos, equipo y medicamentos experimentales Los procedimientos y artículos experimentales son aquellos que Medicare Original determina que no son generalmente aceptados por la comunidad médica	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)
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
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

Servicios no cubiertos por Medicare	Cubiertos solo bajo condiciones específicas
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	No cubierto
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	Se proporciona cierta cobertura limitada de acuerdo con las pautas de Medicare (por ejemplo, si usted tiene diabetes). Otro cuidado de rutina de los pies no está cubierto.
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 usar la cobertura del plan para los medicamentos de la Parte D

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

Consulte el Cuadro de Beneficios Médicos en el Capítulo 4 para conocer los beneficios de medicamentos de la Parte B de Medicare y los beneficios de medicamentos de hospicio.

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

- Usted debe hacer que un proveedor (un médico, dentista u otro profesional que receta) le escriba una receta que sea válida conforme a la ley estatal aplicable.
- Su profesional que receta no debe estar en las Listas de Exclusión o Preclusión de Medicare.
- Generalmente debe usar una farmacia de la red para surtir su receta (consulte la Sección 2, o puede surtir su receta a través del servicio de pedido por correo de nuestro plan).
- Su medicamento debe estar en la Lista de Medicamentos de nuestro plan (consulte la Sección 3).
- Su medicamento debe usarse para una indicación médicamente aceptada. Una “indicación médicamente aceptada” es un uso del medicamento que está aprobado por la FDA o respaldado por ciertas referencias. (Consulte la Sección 3 para obtener más información sobre una indicación médicamente aceptada).
- Es posible que su medicamento requiera la aprobación de nuestro plan, según ciertos criterios, antes de que aceptemos cubrirlo. (Consulte la Sección 4 de este capítulo para obtener más información).

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

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

Una farmacia de la red es una farmacia que tiene un contrato con nuestro plan para proporcionar sus medicamentos cubiertos. El término "medicamentos cubiertos" significa todos los medicamentos de la Parte D que están en la Lista de Medicamentos de nuestro plan.

Sección 2.1 Farmacias de la red

Cómo encontrar una farmacia de la red en su área

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

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

Si su farmacia deja la red

Si la farmacia que usted usa deja la red de nuestro plan, tendrá que encontrar una nueva farmacia dentro de la red. Para encontrar otra farmacia en su área, obtenga ayuda de Servicios para Miembros al 1-855-969-5882 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o use el *Directorio de Farmacias*.. También puede encontrar información en nuestro sitio web en www.prominencemedicare.com.

Farmacias especializadas

Algunas recetas deben surtirse en una farmacia especializada. Las farmacias especializadas incluyen:

- Farmacias que suministran medicamentos para terapia de infusión en el hogar.
- Farmacias que suministran medicamentos para residentes de un centro de atención a largo plazo (LTC). Por lo general, un centro de LTC (como un hogar de ancianos) tiene su propia farmacia. Si tiene dificultad para obtener medicamentos de la Parte D en un centro de LTC, llame a Servicios para Miembros al 1-855-969-5882 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

- Farmacias que atienden al Servicio de Salud para Indígenas / Programa de Salud Tribal / Programa de Salud para Indígenas Urbanos (no disponible en Puerto Rico). Excepto en emergencias, solo los indígenas americanos o nativos de Alaska tienen acceso a estas farmacias de nuestra red.
- Farmacias que dispensan medicamentos restringidos por la FDA a ciertos lugares o que requieren manejo especial, coordinación con el proveedor o educación sobre su uso. Para ubicar una farmacia especializada, consulte su *Directorio de Farmacias* o llame a Servicios para Miembros al 1-855-969-5882 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

Sección 2.2 Servicio de pedido por correo de nuestro plan

Para ciertos tipos de medicamentos, usted puede usar el servicio de pedido por correo de la red de nuestro plan. Generalmente, los medicamentos proporcionados por pedido por correo son medicamentos que usted toma de manera regular, para una afección médica crónica o a largo plazo. Los medicamentos que no están disponibles a través del servicio de pedido por correo de nuestro plan están marcados con “NM” en nuestra Lista de Medicamentos.

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

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

Por lo general, un pedido de una farmacia de pedidos por correo le llegará en no más de 5 días. Sin embargo, a veces su pedido por correo puede retrasarse. Si necesita comenzar sus medicamentos de inmediato, pero el pedido por correo está retrasado, pídale a su médico un suministro (receta) de un mes de 30 días para que se surta en su farmacia local.

Recetas nuevas que la farmacia recibe directamente del consultorio de su médico. Después de que la farmacia reciba una receta de un proveedor de atención médica, se comunicará con usted para ver si desea que el medicamento se surta de inmediato o más adelante. Es importante que usted responda cada vez que la farmacia se comunique con usted, para indicarle a la farmacia si debe enviar, retrasar o detener la receta nueva.

Resurtidos de recetas de pedido por correo. Para los resurtidos de sus medicamentos, usted tiene la opción de inscribirse en un programa de resurtido automático..Bajo este programa, comenzamos a procesar su próximo resurtido automáticamente cuando nuestros registros muestren que usted debería estar por quedarse sin su medicamento. La farmacia se comunicará con usted antes de enviar cada resurtido para asegurarse de que necesite más medicamento. Usted puede

cancelar los resurtidos programados si tiene suficiente medicamento o si su medicamento ha cambiado.

Si usted decide no usar nuestro programa de resurtido automático pero aun así desea que la farmacia de pedido por correo le envíe su receta, comuníquese con su farmacia 7 días antes de que se acabe su receta actual. Esto garantizará que su pedido se le envíe a tiempo.

Para optar por no participar en nuestro programa que prepara automáticamente los resurtidos por correo, comuníquese con nosotros llamando a Servicios para Miembros al 1-855-969-5882 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

Si usted recibe automáticamente por correo un resurtido que no desea, es posible que sea elegible para un reembolso.

Sección 2.3 Cómo obtener un suministro de medicamentos a largo plazo

Cuando usted obtiene un suministro de medicamentos a largo plazo, su costo compartido puede ser menor. Nuestro plan ofrece 2 maneras de obtener un suministro a largo plazo (también llamado suministro extendido) de medicamentos de mantenimiento que están en la Lista de Medicamentos de nuestro plan. (Los medicamentos de mantenimiento son medicamentos que usted toma de manera regular, para una afección médica crónica o a largo plazo).

1. Algunas farmacias minoristas de nuestra red le permiten obtener un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento con un monto de costo compartido menor. Su *Directorio de Farmacias* www.prominencemedicare.com le indica qué farmacias de nuestra red pueden darle un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. También puede llamar a Servicios para Miembros al 1-855-969-5882 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener más información.
2. También puede obtener medicamentos de mantenimiento a través de nuestro programa de pedido por correo. Consulte la Sección 2.3 para obtener más información.

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

Generalmente, cubrimos los medicamentos surtidos en una farmacia fuera de la red *solo* cuando usted no puede usar una farmacia de la red. También tenemos farmacias de la red fuera de nuestra área de servicio donde usted puede surtir sus recetas como miembro de nuestro plan. **Primero consulte con Servicios para Miembros al 1-855-969-5882 (los usuarios de TTY deben llamar al 711)** para ver si hay una farmacia de la red cerca.

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

- Si usted no puede obtener un medicamento cubierto de manera oportuna dentro de nuestra área de servicio porque no hay farmacias de la red a una distancia razonable en automóvil que ofrezcan servicio las 24 horas.
- Si las recetas están relacionadas con la atención de una emergencia médica o con atención de urgencia.
- Usted intenta surtir un medicamento cubierto que no se mantiene regularmente en existencia en una farmacia minorista o de pedido por correo de la red que sea accesible. El medicamento es un medicamento huérfano u otro producto farmacéutico especializado que la mayoría de las farmacias no suelen tener en existencia.

Si debe usar una farmacia fuera de la red, generalmente tendrá que pagar el costo total (en lugar de su parte normal del costo) al momento de surtir su receta. Usted puede pedirnos que le reembolsemos nuestra parte del costo. (Consulte el Capítulo 7, Sección 2 para obtener información sobre cómo pedirle a nuestro plan que le reembolse). Es posible que se le exija pagar la diferencia entre lo que usted paga por el medicamento en la farmacia fuera de la red y el costo que cubriríamos en una farmacia dentro de la red.

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

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

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

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

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

- Aprobado por la FDA para el diagnóstico o la afección para la cual se receta, o
- Respaldado por ciertas referencias, como la Información sobre Medicamentos del Servicio de Formularios de Hospitales de EE. UU. (AHFS) y el Sistema de Información DRUGDEX de Micromedex.

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

Un medicamento de marca es un medicamento recetado que se vende bajo un nombre comercial registrado que pertenece al fabricante del medicamento. Los productos biológicos son medicamentos más complejos que los medicamentos típicos. En la Lista de Medicamentos, cuando nos referimos a medicamentos, esto podría significar un medicamento o un producto biológico.

Un medicamento genérico es un medicamento recetado que tiene los mismos ingredientes activos que el medicamento de marca. Los productos biológicos tienen alternativas llamadas biosimilares. Generalmente, los genéricos y los biosimilares funcionan igual de bien que el medicamento de marca o el producto biológico original y suelen costar menos. Hay sustitutos genéricos disponibles para muchos medicamentos de marca y alternativas biosimilares para algunos productos biológicos originales. Algunos biosimilares son biosimilares intercambiables y, según la ley estatal, pueden usarse en lugar del producto biológico original en la farmacia sin necesidad de una nueva receta, igual que los medicamentos genéricos pueden usarse en lugar de los medicamentos de marca.

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

Medicamentos que no están en la Lista de Medicamentos

Nuestro plan no cubre todos los medicamentos recetados.

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

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

Cada medicamento de la Lista de Medicamentos de nuestro plan está en uno de seis niveles de costo compartido. En general, cuanto más alto es el nivel, mayor es su costo por el medicamento:

- Nivel de costo compartido 1: Los medicamentos genéricos preferidos son el nivel más bajo.

- Nivel de costo compartido 2: Medicamentos genéricos.
- Nivel de costo compartido 3: Medicamentos de marca preferidos.
- Nivel de costo compartido 4: Medicamentos no preferidos.
- Nivel de costo compartido 5: Medicamentos especializados. Este es el nivel de costo compartido más alto.
- Nivel de costo compartido 6: Los medicamentos de Atención Selecta son medicamentos genéricos selectos con un costo compartido de $0.

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

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

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

- Visite el sitio web de nuestro plan (www.prominencemedicare.com). La Lista de Medicamentos del sitio web es siempre la más actualizada.
- Llame a Servicios para Miembros al 1-855-969-5882 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para saber si un medicamento en particular está en la Lista de Medicamentos de nuestro plan o para pedir una copia de la lista.
- Use la “Herramienta de Beneficios en Tiempo Real” de nuestro plan para buscar medicamentos en la Lista de Medicamentos, obtener un estimado de lo que pagará y ver si hay medicamentos alternativos en la Lista de Medicamentos que podrían tratar la misma afección. También puede llamar a Servicios para Miembros al 1-855-969-5882 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

SECCIÓN 4 Medicamentos con restricciones de cobertura

Sección 4.1 Por qué algunos medicamentos tienen restricciones

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

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

Tenga en cuenta que a veces un medicamento puede aparecer más de una vez en nuestra Lista de Medicamentos. Esto se debe a que los mismos medicamentos pueden diferir según la concentración, la cantidad o la forma del medicamento recetado por su proveedor de atención médica, y pueden aplicarse diferentes restricciones o costo compartido a las diferentes versiones del medicamento (por ejemplo, 10 mg frente a 100 mg; uno por día frente a 2 por día; tableta frente a líquido).

Sección 4.2 Tipos de restricciones

Si hay una restricción para su medicamento, por lo general significa que usted o su proveedor tienen que seguir pasos adicionales para que nosotros cubramos el medicamento. Llame a Servicios para Miembros al 1-855-969-5882 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para saber qué pueden hacer usted o su proveedor para obtener cobertura del medicamento.**. Si desea que eliminemos la restricción para usted, debe usar el proceso de decisión de cobertura y pedirnos que hagamos una excepción.** Es posible que aceptemos o no eliminar la restricción para usted. (Consulte el Capítulo 9).

Cómo obtener la aprobación del plan por adelantado

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

Probar primero un medicamento diferente

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

Límites de cantidad

Para ciertos medicamentos, limitamos la cantidad de un medicamento que usted puede obtener cada vez que surte su receta. Por ejemplo, si normalmente se considera seguro tomar solo una pastilla por día de cierto medicamento, podemos limitar la cobertura de su receta a no más de una pastilla por día.

SECCIÓN 5 Qué puede hacer si uno de sus medicamentos no está cubierto de la manera que usted desea

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

- Es posible que el medicamento no esté cubierto en absoluto. O puede que esté cubierta una versión genérica del medicamento, pero no la versión de marca que usted quiere tomar.
- El medicamento está cubierto, pero hay reglas o restricciones adicionales de cobertura.
- El medicamento está cubierto, pero en un nivel de costo compartido que hace que su costo compartido sea más caro de lo que usted cree que debería ser.

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

Si su medicamento no está en la Lista de Medicamentos o está restringido, estas son las opciones de lo que puede hacer:

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

Es posible que pueda obtener un suministro temporal

Bajo ciertas circunstancias, nuestro plan debe proporcionar un suministro temporal de un medicamento que usted ya está tomando. Este suministro temporal le da tiempo para hablar con su proveedor sobre el cambio.

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

- **Si es un miembro nuevo,** cubriremos un suministro temporal de su medicamento durante los primeros 90 días de su membresía en nuestro plan**.**
- **Si usted estuvo en nuestro plan el año pasado,** cubriremos un suministro temporal de su medicamento durante los primeros 90 días del año calendario.
- Este suministro temporal será por un máximo de 30 días. Si su receta está escrita para menos días, permitiremos varios surtidos para proporcionar hasta un máximo de 30 días de suministro de medicamento. La receta debe surtirse en una farmacia de la red. (Tenga en cuenta que una farmacia de atención a largo plazo puede proporcionar el medicamento en cantidades más pequeñas cada vez para evitar el desperdicio).
- **Para los miembros que han estado en nuestro plan por más de 90 días, viven en un centro de atención a largo plazo y necesitan un suministro de inmediato:** Cubriremos un suministro de 31 días de un medicamento en particular, o menos si su receta está escrita para menos días. Esto es además del suministro temporal mencionado anteriormente.
- Para estas transiciones no planificadas, cubriremos un suministro de 30 días de un medicamento que no está en el formulario, o menos si su receta está escrita para menos días, como Suministro de Emergencia.

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

Durante el tiempo en que usted use un suministro temporal de un medicamento, debe hablar con su proveedor para decidir qué hacer cuando se acabe su suministro temporal. Usted tiene 2 opciones:

Opción 1. Puede cambiar a otro medicamento

Hable con su proveedor para saber si otro medicamento cubierto por nuestro plan puede funcionarle igual de bien. Llame a Servicios para Miembros al 1-855-969-5882 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para pedir una lista de medicamentos cubiertos que traten la misma afección médica. Esta lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que pueda funcionarle.

Opción 2. Puede solicitar una excepción

Usted y su proveedor pueden pedirle a nuestro plan que haga una excepción y cubra el medicamento de la manera en que a usted le gustaría que se cubriera. Si su proveedor

dice que usted tiene razones médicas que justifican pedirnos una excepción, su proveedor puede ayudarle a solicitarla. Por ejemplo, puede pedirle a nuestro plan que cubra un medicamento aunque no esté en la Lista de Medicamentos de nuestro plan. O puede pedirle a nuestro plan que haga una excepción y cubra el medicamento sin restricciones.

Si usted es un miembro actual y un medicamento que toma se eliminará del formulario o se restringirá de alguna manera para el próximo año, le informaremos sobre cualquier cambio antes del nuevo año. Usted puede solicitar una excepción antes del próximo año y le daremos una respuesta dentro de las 72 horas posteriores a que recibamos su solicitud (o la declaración de respaldo de su profesional que receta). Si aprobamos su solicitud, autorizaremos la cobertura del medicamento antes de que el cambio entre en vigencia.

Si usted y su proveedor desean solicitar una excepción, consulte el Capítulo 9, Sección 6.4 para saber qué hacer.. Explica los procedimientos y los plazos establecidos por Medicare para asegurar que su solicitud se maneje con rapidez y de manera justa.

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

Si su medicamento está en un nivel de costo compartido que usted considera demasiado alto, esto es lo que puede hacer:

Puede cambiar a otro medicamento

Si su medicamento está en un nivel de costo compartido que usted considera demasiado alto, hable con su proveedor. Es posible que haya un medicamento diferente en un nivel de costo compartido más bajo que pueda funcionarle igual de bien. Llame a Servicios para Miembros al 1-855-969-5882 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para pedir una lista de medicamentos cubiertos que traten la misma afección médica. Esta lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que pueda funcionarle.

Puede solicitar una excepción

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

Si usted y su proveedor desean solicitar una excepción, consulte el Capítulo 9, Sección 6.4 para saber qué hacer.. Explica los procedimientos y los plazos establecidos por Medicare para asegurar que su solicitud se maneje con rapidez y de manera justa.

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

SECCIÓN 6 Nuestra Lista de Medicamentos puede cambiar durante el año

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

- **Agregar o eliminar medicamentos de la Lista de Medicamentos**
- **Mover un medicamento a un nivel de costo compartido más alto o más bajo**
- **Agregar o eliminar una restricción de cobertura de un medicamento**
- **Reemplazar un medicamento de marca por una versión genérica del medicamento**
- Reemplazar un producto biológico original por una versión biosimilar intercambiable del producto biológico

Debemos seguir los requisitos de Medicare antes de cambiar la Lista de Medicamentos de nuestro plan.

Información sobre los cambios en la cobertura de medicamentos

Cuando se producen cambios en la Lista de Medicamentos, publicamos información sobre esos cambios en nuestro sitio web. También actualizamos regularmente nuestra Lista de Medicamentos en línea. A veces usted recibirá un aviso directo si se hacen cambios a un medicamento que toma.

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

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

- **Agregar medicamentos nuevos a la Lista de Medicamentos y <u>de inmediato</u> eliminar o hacer cambios a un medicamento similar de la Lista de Medicamentos.**
    - Al agregar una versión nueva de un medicamento a la Lista de Medicamentos, podemos eliminar de inmediato un medicamento similar de la Lista de Medicamentos, mover el medicamento similar a un nivel de costo compartido diferente, agregar nuevas restricciones, o ambas cosas. La versión nueva del

medicamento estará en el mismo nivel de costo compartido o en uno más bajo y con las mismas restricciones o menos.

- Haremos estos cambios inmediatos solo si agregamos una nueva versión genérica de un medicamento de marca o agregamos ciertas versiones biosimilares nuevas de un producto biológico original que ya estaba en la Lista de Medicamentos.
- Podemos hacer estos cambios de inmediato y avisarle después, aun si usted toma el medicamento que eliminamos o al que le hacemos cambios. Si usted toma el medicamento similar en el momento en que hacemos el cambio, le informaremos sobre cualquier cambio específico que hayamos hecho.

- **Agregar medicamentos a la Lista de Medicamentos y eliminar o hacer cambios a un medicamento similar de la Lista de Medicamentos**
  - Al agregar otra versión de un medicamento a la Lista de Medicamentos, podemos eliminar un medicamento similar de la Lista de Medicamentos, moverlo a un nivel de costo compartido diferente, agregar nuevas restricciones, o ambas cosas. La versión nueva del medicamento estará en el mismo nivel de costo compartido o en uno más bajo y con las mismas restricciones o menos.
  - Haremos estos cambios solo si agregamos una nueva versión genérica de un medicamento de marca o agregamos ciertas versiones biosimilares nuevas de un producto biológico original que ya estaba en la Lista de Medicamentos.
  - Le avisaremos al menos 30 días antes de hacer el cambio, o le informaremos sobre el cambio y cubriremos un surtido de 30 días de la versión del medicamento que usted está tomando.
- **Eliminación de medicamentos que no son seguros y de otros medicamentos de la Lista de Medicamentos que se retiran del mercado.**
  - A veces un medicamento puede considerarse no seguro o retirarse del mercado por otra razón. Si esto sucede, podemos eliminar de inmediato el medicamento de la Lista de Medicamentos. Si usted toma ese medicamento, le avisaremos después de que hagamos el cambio.
- **Otros cambios en los medicamentos de la Lista de Medicamentos.**
  - Podemos hacer otros cambios una vez iniciado el año que afecten los medicamentos que usted toma. Por ejemplo, podemos hacer cambios basados en las advertencias de recuadro negro de la FDA o en nuevas pautas clínicas reconocidas por Medicare.

- Le avisaremos al menos 30 días antes de hacer estos cambios, o le informaremos sobre el cambio y cubriremos un surtido adicional de 30 días del medicamento que usted está tomando.

Si hacemos cambios a cualquiera de los medicamentos que usted toma, hable con su profesional que receta sobre las opciones que serían mejores para usted, incluido cambiar a un medicamento diferente para tratar su afección, o solicitar una decisión de cobertura para satisfacer cualquier restricción nueva sobre el medicamento que usted toma. Usted o su profesional que receta pueden pedirnos una excepción para seguir cubriendo el medicamento o la versión del medicamento que usted toma. Para obtener más información sobre cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción, consulte el Capítulo 9.

Cambios en la Lista de Medicamentos que no le afectan durante este año del plan

Podemos hacer ciertos cambios en la Lista de Medicamentos que no se describen anteriormente. En estos casos, el cambio no se aplicará a usted si está tomando el medicamento cuando se haga el cambio; sin embargo, es probable que estos cambios le afecten a partir del 1 de enero del próximo año del plan si usted permanece en el mismo plan.

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

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

Si ocurre cualquiera de estos cambios con un medicamento que usted toma (excepto por el retiro del mercado, un medicamento genérico que reemplaza a un medicamento de marca u otro cambio indicado en las secciones anteriores), el cambio no afectará su uso ni lo que usted paga como su parte del costo hasta el 1 de enero del próximo año.

No le informaremos directamente sobre este tipo de cambios durante el año del plan actual. Usted deberá revisar la Lista de Medicamentos del próximo año del plan (cuando la lista esté disponible durante el período de inscripción abierta) para ver si hay cambios en los medicamentos que toma que le afectarán durante el próximo año del plan.

SECCIÓN 7 Tipos de medicamentos que no cubrimos

Algunos tipos de medicamentos recetados están *excluidos*. Esto significa que Medicare no paga por estos medicamentos.

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

A continuación, se presentan 3 reglas generales sobre los medicamentos que los planes de medicamentos de Medicare no cubrirán bajo la Parte D:

- La cobertura de medicamentos de la Parte D de nuestro plan no puede cubrir un medicamento que estaría cubierto por la Parte A o la Parte B de Medicare.
- Nuestro plan no puede cubrir un medicamento comprado fuera de los Estados Unidos o sus territorios.
- Nuestro plan no puede cubrir el uso *fuera de indicación* de un medicamento cuando dicho uso no está respaldado por ciertas referencias, como la Información sobre Medicamentos del Servicio de Formularios de Hospitales de EE. UU. (AHFS) y el sistema de información Micromedex DRUGDEX. *El uso fuera de indicación* es cualquier uso del medicamento distinto de los indicados en la etiqueta del medicamento según lo aprobado por la FDA.

Además, por ley, las siguientes categorías de medicamentos no están cubiertas por los planes de medicamentos de Medicare: (Nuestro plan cubre ciertos medicamentos que se indican a continuación mediante nuestra cobertura de medicamentos mejorada, por la cual es posible que se le cobre una prima adicional. A continuación, se proporciona más información).

- Medicamentos sin receta (también llamados medicamentos de venta libre)
- Medicamentos que se usan para promover la fertilidad
- Medicamentos que se usan para el alivio de los síntomas de la tos o el resfriado
- Medicamentos que se usan con fines cosméticos o para promover el crecimiento del cabello
- Vitaminas y productos minerales recetados, excepto las vitaminas prenatales y las preparaciones de fluoruro
- Medicamentos que se usan para el tratamiento de la disfunción sexual o eréctil
- Medicamentos que se usan para el tratamiento de la anorexia, la pérdida de peso o el aumento de peso
- Medicamentos ambulatorios para los cuales el fabricante exige que las pruebas o los servicios de monitoreo asociados se compren únicamente al fabricante como condición de venta

Ofrecemos cobertura adicional de algunos medicamentos recetados (cobertura de medicamentos mejorada) que normalmente no están cubiertos en un plan de medicamentos recetados de Medicare. Nuestro plan cubre ciertos medicamentos que se indican a continuación mediante nuestra cobertura de medicamentos mejorada, por la cual es posible que se le cobre una prima adicional. A continuación, se proporciona más información). El monto que usted paga por estos medicamentos no cuenta para calificar para la Etapa de Cobertura Catastrófica. (La Etapa de Cobertura Catastrófica se describe en el Capítulo 6, Sección 6).

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

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

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

SECCIÓN 8 Cómo surtir una receta

Para surtir su receta, proporcione la información de membresía de nuestro plan (que se encuentra en su tarjeta de miembro) en la farmacia de la red que elija. La farmacia de la red facturará automáticamente a nuestro plan *nuestra* parte del costo de su medicamento. Usted debe pagar a la farmacia *su* parte del costo cuando recoja su receta.

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

Si la farmacia no puede obtener la información necesaria, **es posible que usted tenga que pagar el costo total de la receta cuando la recoja**. Después, puede **pedirnos que le**

reembolsemos nuestra parte. Consulte el Capítulo 7, Sección 2 para obtener información sobre cómo pedirle a nuestro plan un reembolso.

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

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

Si a usted lo ingresan en un hospital o en un centro de enfermería especializada para una estadía cubierta por nuestro plan, generalmente cubriremos el costo de sus medicamentos recetados durante su estadía. Una vez que salga del hospital o del centro de enfermería especializada, nuestro plan cubrirá sus medicamentos recetados siempre que los medicamentos cumplan con todas nuestras reglas de cobertura descritas en este capítulo.

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

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

Consulte su *Directorio de Farmacias* www.prominencemedicare.com para saber si la farmacia de su centro de LTC o la que este utiliza forma parte de nuestra red. Si no es así, o si necesita más información o ayuda, llame a Servicios para Miembros al 1-855-969-5882 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). Si usted está en un centro de LTC, debemos asegurarnos de que pueda obtener rutinariamente sus beneficios de la Parte D a través de nuestra red de farmacias de LTC.

Si usted es residente de un centro de LTC y necesita un medicamento que no está en nuestra Lista de Medicamentos o que tiene alguna restricción, consulte la Sección 5 para obtener información sobre cómo obtener un suministro temporal o de emergencia.

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

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

En general, si usted tiene cobertura de un grupo de empleados o de jubilados, la cobertura de medicamentos que recibe de nosotros será *secundaria* a la cobertura de su grupo. Eso significa que la cobertura de su grupo paga primero.

Nota especial sobre la cobertura acreditable:

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

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

Guarde todos los avisos sobre cobertura acreditable porque es posible que los necesite más adelante para demostrar que mantuvo una cobertura acreditable. Si no recibió un aviso de cobertura acreditable, pida una copia al administrador de beneficios del plan de su empleador o de jubilados, o al empleador o al sindicato.

Sección 9.4 Si usted está en un hospicio certificado por Medicare

El hospicio y nuestro plan no cubren el mismo medicamento al mismo tiempo. Si usted está inscrito en un hospicio de Medicare y necesita ciertos medicamentos (por ejemplo, medicamentos contra las náuseas, laxantes, medicamentos para el dolor o medicamentos contra la ansiedad) que su hospicio no cubre porque no están relacionados con su enfermedad terminal y afecciones relacionadas, nuestro plan debe recibir una notificación del profesional que receta o de su proveedor de hospicio que indique que el medicamento no está relacionado, antes de que nuestro plan pueda cubrir el medicamento. Para evitar retrasos en la obtención de estos medicamentos que debería cubrir nuestro plan, pida a su proveedor de hospicio o al profesional que receta que envíe la notificación antes de que se surta su receta.

En caso de que usted revoque su elección de hospicio o le den de alta del hospicio, nuestro plan debería cubrir sus medicamentos como se explica en este documento. Para evitar retrasos en una farmacia cuando termine su beneficio de hospicio de Medicare, lleve a la farmacia documentación que verifique su revocación o alta.

SECCIÓN 10 Programas sobre seguridad de los medicamentos y manejo de medicamentos

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

Hacemos una revisión cada vez que usted surte una receta. También revisamos nuestros registros de manera regular. Durante estas revisiones, buscamos posibles problemas como:

- Posibles errores de medicación
- Medicamentos que pueden no ser necesarios porque usted toma otro medicamento similar para tratar la misma afección
- Medicamentos que pueden no ser seguros o adecuados debido a su edad o sexo
- Ciertas combinaciones de medicamentos que podrían hacerle daño si se toman al mismo tiempo
- Recetas de medicamentos que tienen ingredientes a los que usted es alérgico
- Posibles errores en la cantidad (dosis) de un medicamento que usted toma
- Cantidades no seguras de medicamentos opioides para el dolor

Si vemos un posible problema con su uso de medicamentos, trabajaremos con su proveedor para corregirlo.

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

Tenemos un programa que ayuda a asegurar que los miembros usen de manera segura los opioides recetados y otros medicamentos de los que se abusa con frecuencia. Este programa se llama Programa de Administración de Medicamentos (DMP). Si usted usa medicamentos opioides que obtiene de varios prescriptores o farmacias, o si tuvo una sobredosis reciente de opioides, es posible que hablemos con sus prescriptores para asegurarnos de que su uso de medicamentos opioides sea adecuado y médicamente necesario. Si, trabajando con sus prescriptores, decidimos que su uso de medicamentos opioides o benzodiacepinas recetados puede no ser seguro, es posible que limitemos la forma en que usted puede obtener esos medicamentos. Si lo incluimos en nuestro DMP, las limitaciones pueden ser:

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

Si planeamos limitar la forma en que usted obtiene estos medicamentos o la cantidad que puede obtener, le enviaremos una carta con anticipación. La carta le dirá si limitaremos la cobertura de estos medicamentos para usted, o si se le exigirá que obtenga las recetas de estos medicamentos únicamente de un prescriptor o una farmacia específicos. Usted tendrá

la oportunidad de decirnos qué prescriptores o farmacias prefiere usar, y cualquier otra información que considere importante que sepamos. Después de que haya tenido la oportunidad de responder, si decidimos limitar su cobertura de estos medicamentos, le enviaremos otra carta para confirmar la limitación. Si usted cree que cometimos un error, o no está de acuerdo con nuestra decisión o con la limitación, usted y su prescriptor tienen derecho a apelar. Si usted apela, revisaremos su caso y le daremos una nueva decisión. Si continuamos denegando cualquier parte de su solicitud relacionada con las limitaciones que se aplican a su acceso a los medicamentos, enviaremos automáticamente su caso a un revisor independiente ajeno a nuestro plan. Consulte el Capítulo 9 para obtener información sobre cómo solicitar una apelación.

No se le incluirá en nuestro DMP si usted tiene ciertas afecciones médicas, como dolor relacionado con el cáncer o enfermedad de células falciformes, si recibe atención de hospicio, paliativa o al final de la vida, o si vive en un centro de atención a largo plazo.

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

Tenemos un programa que puede ayudar a nuestros miembros con necesidades de salud complejas. Nuestro programa se llama Programa de Administración de Terapia de Medicamentos (MTM). Este programa es voluntario y gratuito. Un equipo de farmacéuticos y médicos desarrolló el programa para nosotros, con el fin de ayudar a asegurar que nuestros miembros obtengan el mayor beneficio de los medicamentos que toman.

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

Es una buena idea hablar con su médico sobre su lista de tareas recomendadas y su lista de medicamentos. Lleve el resumen a su cita o cada vez que hable con sus médicos, farmacéuticos y otros proveedores de atención médica. Mantenga su lista de medicamentos actualizada y téngala consigo (por ejemplo, junto con su identificación) en caso de que vaya al hospital o a la sala de emergencias.

Si tenemos un programa que se ajuste a sus necesidades, lo inscribiremos automáticamente en el programa y le enviaremos información. Si usted decide no participar, avísenos y lo retiraremos. Si tiene preguntas sobre este programa, llame a Servicios para Miembros al 1-855-969-5882 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

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

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

Si usted está en un programa que ayuda a pagar sus medicamentos, **es posible que parte de la información de esta** *Evidencia de Cobertura* **sobre los costos de los medicamentos recetados de la Parte D** no **se aplique a usted.** Le enviamos un anexo por separado, llamado *Anexo de la Evidencia de Cobertura para las Personas que Reciben Ayuda Adicional para Pagar los Medicamentos Recetados* (también conocido como *Anexo del Subsidio por Bajos Ingresos* o *Anexo LIS*), que le informa sobre su cobertura de medicamentos. Si no tiene este anexo, llame a Servicios para Miembros al 1-855-969-5882 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) y pida el *Anexo LIS*.

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

Para entender la información de pago, usted necesita saber qué medicamentos están cubiertos, dónde surtir sus recetas y qué reglas seguir cuando obtiene sus medicamentos cubiertos. El Capítulo 5 explica estas reglas. Cuando usted usa la “Herramienta de Beneficios en Tiempo Real” de nuestro plan para consultar la cobertura de medicamentos, el costo que ve muestra una estimación de los gastos de bolsillo que se espera que usted pague. También puede obtener la información que proporciona la “Herramienta de Beneficios en Tiempo Real” llamando a Servicios para Miembros al 1-855-969-5882 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

Sección 1.1 Tipos de gastos de bolsillo que usted puede pagar por los medicamentos cubiertos

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

- **El deducible** es el monto que usted paga por los medicamentos antes de que nuestro plan comience a pagar nuestra parte.

- **Un copago** es un monto fijo que usted paga cada vez que surte una receta.
- **El coseguro** es un porcentaje del costo total que usted paga cada vez que surte una receta.

Sección 1.2 Cómo calcula Medicare sus gastos de bolsillo

Medicare tiene reglas sobre lo que cuenta y lo que no cuenta para sus gastos de bolsillo. Estas son las reglas que debemos seguir para llevar el registro de sus gastos de bolsillo.

Estos pagos se incluyen en sus gastos de bolsillo

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

- El monto que usted paga por los medicamentos cuando está en las siguientes etapas de pago de medicamentos:
  - La Etapa de Cobertura Inicial
- Cualquier pago que usted haya hecho durante este año calendario como miembro de un plan de medicamentos de Medicare diferente antes de unirse a nuestro plan
- Cualquier pago por sus medicamentos hecho por familiares o amigos
- Cualquier pago por sus medicamentos hecho por la Ayuda Adicional de Medicare, planes de salud de empleadores o sindicatos, el Servicio de Salud para Indígenas, programas de asistencia para medicamentos contra el SIDA, Programas Estatales de Asistencia Farmacéutica (SPAP) y la mayoría de las organizaciones de caridad

Paso a la Etapa de Cobertura Catastrófica:

Cuando usted (o quienes pagan en su nombre) ha gastado un total de $2,400 en gastos de bolsillo dentro del año calendario, pasa de la Etapa de Cobertura Inicial a la Etapa de Cobertura Catastrófica.

Estos pagos no se incluyen en sus gastos de bolsillo

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

- Medicamentos que usted compra fuera de los Estados Unidos y sus territorios
- Medicamentos que no están cubiertos por nuestro plan

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

Recordatorio: Si cualquier otra organización como las que se mencionan arriba paga parte o la totalidad de sus gastos de bolsillo por medicamentos, usted está obligado a informárselo a nuestro plan llamando a Servicios para Miembros al 1-855-969-5882 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

Cómo llevar el registro de sus gastos de bolsillo totales

- La *Explicación de Beneficios de la Parte D* (EOB) que usted recibe incluye el total actual de sus gastos de bolsillo. Cuando este monto llegue a $2,400, la *EOB de la Parte D* le informará que usted salió de la Etapa de Cobertura Inicial y pasó a la Etapa de Cobertura Catastrófica.
- **Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos**. Consulte la Sección 3.1 para saber qué puede hacer para ayudar a asegurar que nuestros registros de lo que usted gastó estén completos y actualizados.

SECCIÓN 2 Etapas de pago de medicamentos para los miembros de *Prominence Plus HMO*

Hay **3 etapas de pago de medicamentos** para su cobertura de medicamentos bajo *Prominence Plus HMO*. Lo que usted paga por cada receta depende de la etapa en la que se encuentre cuando se surte o se vuelve a surtir una receta. Los detalles de cada etapa se explican en este capítulo. Las etapas son:

- **Etapa 1: Etapa de Deducible Anual**
- **Etapa 2: Etapa de Cobertura Inicial**
- **Etapa 3: Etapa de Cobertura Catastrófica**

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

Nuestro plan lleva el registro de los costos de sus medicamentos recetados y de los pagos que usted hace cuando obtiene recetas en la farmacia. De esta manera, podemos informarle cuándo pasa de una etapa de pago de medicamentos a la siguiente. Llevamos el registro de 2 tipos de costos:

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

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

- **Información de ese mes**. Este informe proporciona detalles de pago sobre las recetas que usted surtió durante el mes anterior. Muestra los costos totales de los medicamentos, lo que pagó nuestro plan y lo que pagaron usted y otras personas en su nombre.
- **Totales del año desde el 1 de enero.** Esto muestra los costos totales de los medicamentos y los pagos totales por sus medicamentos desde el comienzo del año.
- **Información sobre el precio de los medicamentos.** Esto muestra el precio total del medicamento e información sobre los cambios de precio desde el primer surtido de cada reclamación de receta de la misma cantidad.

- **Recetas alternativas de menor costo disponibles.** Esto muestra información sobre otros medicamentos disponibles con menor costo compartido para cada reclamación de receta, si corresponde.

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

Para llevar el registro de los costos de sus medicamentos y de los pagos que usted hace por ellos, usamos los registros que recibimos de las farmacias. Así es como usted puede ayudarnos a mantener su información correcta y actualizada:

- **Muestre su tarjeta de membresía cada vez que le surtan una receta.** Esto ayuda a asegurar que sepamos qué recetas surte y qué paga usted.
- **Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos.** Hay ocasiones en que usted puede pagar el costo total de un medicamento recetado. En estos casos, no recibiremos automáticamente la información que necesitamos para llevar el registro de sus gastos de bolsillo. Para ayudarnos a llevar el registro de sus gastos de bolsillo, envíenos copias de sus recibos. **Ejemplos de cuándo debe enviarnos copias de los recibos de sus medicamentos:**
    - Cuando usted compra un medicamento cubierto en una farmacia de la red a un precio especial o usa una tarjeta de descuento que no forma parte del beneficio de nuestro plan.
    - Cuando usted paga un copago por medicamentos proporcionados bajo un programa de asistencia al paciente de un fabricante de medicamentos.
    - Cada vez que compre medicamentos cubiertos en farmacias fuera de la red o pague el precio total de un medicamento cubierto en circunstancias especiales.
    - Si le facturan un medicamento cubierto, usted puede pedirle a nuestro plan que pague nuestra parte del costo. Para obtener instrucciones sobre cómo hacerlo, consulte el Capítulo 7, Sección 2.
- **Envíenos información sobre los pagos que otras personas hacen por usted.** Los pagos hechos por ciertas otras personas y organizaciones también cuentan para sus gastos de bolsillo. Por ejemplo, los pagos hechos por un Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica, un programa de asistencia para medicamentos contra el SIDA (ADAP), el Servicio de Salud para Indígenas y organizaciones de caridad cuentan para sus gastos de bolsillo. Mantenga un registro de estos pagos y envíenoslos para que podamos llevar el registro de sus costos.
- **Revise el informe escrito que le enviamos.** Cuando reciba la *EOB de la Parte D*, revísela para asegurarse de que la información esté completa y sea correcta. Si cree

que falta algo o tiene preguntas, llame a Servicios para Miembros al 1-855-969-5882 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). Asegúrese de conservar estos informes.

SECCIÓN 4 No hay deducible para Prominence Plus HMO

No hay deducible para Prominence Plus HMO. Usted comienza en la Etapa de Cobertura Inicial cuando surte su primera receta del año. Consulte la Sección 5 para obtener información sobre su cobertura en la Etapa de Cobertura Inicial.

SECCIÓN 5 La Etapa de Cobertura Inicial

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

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

Nuestro plan tiene seis niveles de costo compartido

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

- Nivel de costo compartido 1: Los medicamentos genéricos preferidos son el nivel más bajo.
- Nivel de costo compartido 2: Medicamentos genéricos.
- Nivel de Costo Compartido 3: Medicamentos de marca preferidos. Usted paga $*35* por un suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.
- Nivel de costo compartido 4: Medicamentos no preferidos.
- Nivel de Costo Compartido 5: Medicamentos especializados. Este es el nivel de costo compartido más alto. Usted paga $*35* por un suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.
- Nivel de costo compartido 6: Los medicamentos de Atención Selecta son medicamentos genéricos selectos con un costo compartido de $0.

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

Sus opciones de farmacia

Lo que usted paga por un medicamento depende de si obtiene el medicamento en:

- Una farmacia minorista de la red
- Una farmacia que no está en la red de nuestro plan. Cubrimos las recetas surtidas en farmacias fuera de la red solo en situaciones limitadas. Consulte el Capítulo 5, Sección 2.5 para saber cuándo cubriremos una receta surtida en una farmacia fuera de la red.
- La farmacia de pedido por correo de nuestro plan

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

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

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

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

Nivel	Costo compartido minorista estándar dentro de la red (hasta un suministro de *30*- días)	Costo compartido de atención a largo plazo (LTC) (hasta un suministro de *31*- días)	Costo compartido fuera de la red (La cobertura se limita a ciertas situaciones; consulte el Capítulo 5 para obtener más detalles). (hasta un suministro de *30*- días)
Nivel de Costo Compartido 1 (Medicamentos genéricos preferidos)	Copago de $0	Copago de $0	Copago de $0
Nivel de Costo Compartido 2 (Medicamentos genéricos)	Copago de $12	Copago de $12	Copago de $12
Nivel de Costo Compartido 3 (Medicamento de marca preferido)	Copago de $45	Copago de $45	Copago de $45

Nivel	Costo compartido minorista estándar dentro de la red (hasta un suministro de *30*- días)	Costo compartido de atención a largo plazo (LTC) (hasta un suministro de *31*- días)	Costo compartido fuera de la red (La cobertura se limita a ciertas situaciones; consulte el Capítulo 5 para obtener más detalles). (hasta un suministro de *30*- días)
Nivel de Costo Compartido 4 (Medicamentos no preferidos)	Copago de $100	Copago de $100	Copago de $100
Nivel de Costo Compartido 5 (Medicamentos especializados)	Coseguro del 33%	Coseguro del 33%	Coseguro del 33%

Nivel	Costo compartido minorista estándar dentro de la red (hasta un suministro de *30-* días)	Costo compartido de atención a largo plazo (LTC) (hasta un suministro de *31-* días)	Costo compartido fuera de la red (La cobertura se limita a ciertas situaciones; consulte el Capítulo 5 para obtener más detalles). (hasta un suministro de *30-* días)
Nivel de Costo Compartido 6 (Medicamentos de Atención Selecta)	Copago de $0	Copago de $0	Copago de $0

Usted no pagará más de $35 por un suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto, sin importar el nivel de costo compartido.

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

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

Por lo general, el monto que usted paga por un medicamento cubre el suministro de un mes completo. Puede haber ocasiones en que usted o su médico quieran que usted tenga menos del suministro de un mes de un medicamento (por ejemplo, cuando está probando un medicamento por primera vez). También puede pedirle a su médico que le recete, y a su farmacéutico que le despache, menos del suministro de un mes completo, si esto le ayuda a planificar mejor las fechas de resurtido.

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

- Si usted es responsable de un coseguro, paga un porcentaje del costo total del medicamento. Como el coseguro se basa en el costo total del medicamento, su costo será menor porque el costo total del medicamento será menor.
- Si usted es responsable de un copago por el medicamento, solo paga por el número de días del medicamento que recibe en lugar de un mes completo. Calculamos el monto que usted paga por día por su medicamento (la tasa diaria de costo compartido) y lo multiplicamos por el número de días del medicamento que recibe.

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

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

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

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

Nivel	Costo compartido minorista estándar (dentro de la red) (hasta un suministro de 100 días)	Costo compartido de pedido por correo (hasta un suministro de 100 días)
Nivel de Costo Compartido 1 (Medicamento genérico preferido)	Copago de $0	Copago de $0
Nivel de Costo Compartido 2 (Medicamento genérico)	Copago de $24	Copago de $24

Nivel	Costo compartido minorista estándar (dentro de la red) (hasta un suministro de 100 días)	Costo compartido de pedido por correo (hasta un suministro de 100 días)
Nivel de Costo Compartido 3 (Medicamento de marca preferido)	Copago de $135	Copago de $135
Nivel de Costo Compartido 4 (Medicamento no preferido)	Copago de $300	Copago de $300
Nivel de Costo Compartido 5 (Nivel de medicamentos especializados)	No hay un suministro a largo plazo disponible.	No hay un suministro a largo plazo disponible.
Nivel de Costo Compartido 6 (Medicamentos de Atención Selecta)	Copago de $0	Copago de $0

Usted no pagará más de $70 por un suministro de hasta dos meses ni más de $105 por un suministro de hasta tres meses de cada producto de insulina cubierto, sin importar el nivel de costo compartido.

Sección 5.5 Usted permanece en la Etapa de Cobertura Inicial hasta que sus gastos de bolsillo del año alcancen los $*2,400*

Usted permanece en la Etapa de Cobertura Inicial hasta que sus gastos de bolsillo totales alcancen los $2,400. Entonces pasa a la Etapa de Cobertura Catastrófica.

Ofrecemos cobertura adicional de algunos medicamentos recetados que normalmente no están cubiertos en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. Los pagos hechos por estos medicamentos no contarán para sus gastos de bolsillo totales.

La *EOB de la Parte D* que usted recibe le ayudará a llevar el registro de cuánto han gastado usted, nuestro plan y cualquier tercero en su nombre durante el año. No todos los miembros alcanzarán el límite de gastos de bolsillo de $2,400 en un año.

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

SECCIÓN 6 La Etapa de Cobertura Catastrófica

En la Etapa de Cobertura Catastrófica, usted no paga nada por los medicamentos cubiertos de la Parte D. Usted entra en la Etapa de Cobertura Catastrófica cuando sus gastos de bolsillo alcanzan el límite de $*2,400* para el año calendario. Una vez que esté en la Etapa de Cobertura Catastrófica, permanecerá en esta etapa de pago hasta el final del año calendario.

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

SECCIÓN 7 Información adicional sobre los beneficios

No hay beneficios adicionales.

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

Mensaje importante sobre lo que usted paga por las vacunas – Algunas vacunas se consideran beneficios médicos y están cubiertas por la Parte B. Otras vacunas se consideran medicamentos de la Parte D. Usted puede encontrar estas vacunas en la Lista de Medicamentos de nuestro plan. Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D sin costo para usted. Consulte la Lista de Medicamentos de nuestro plan o llame a Servicios para Miembros al 1-855-969-5882 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener detalles sobre la cobertura y el costo compartido de vacunas específicas.

Nuestra cobertura de las vacunas de la Parte D tiene 2 partes:

- La primera parte es el costo de **la vacuna en sí**.
- La segunda parte es el costo de **aplicarle la vacuna**. (A veces esto se llama administración de la vacuna).

Sus costos por una vacuna de la Parte D dependen de 3 factores:

1. **Si la vacuna es recomendada para adultos por una organización llamada Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización (ACIP).**
   - La mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D son recomendadas por el ACIP y no le cuestan nada.
2. **Dónde obtiene la vacuna.**
   - La vacuna en sí puede ser despachada por una farmacia o proporcionada por el consultorio del médico.
3. **Quién le aplica la vacuna.**
   - Un farmacéutico u otro proveedor puede aplicar la vacuna en la farmacia. O un proveedor puede aplicarla en el consultorio del médico.

Lo que usted paga en el momento de recibir la vacuna de la Parte D puede variar según las circunstancias y la **etapa de pago de medicamentos** en la que se encuentre.

- Cuando usted recibe una vacuna, es posible que tenga que pagar el costo total tanto de la vacuna en sí como del costo de que el proveedor se la aplique. Usted puede pedirle a nuestro plan que le reembolse nuestra parte del costo. Para la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D, esto significa que se le reembolsará el costo total que pagó.
- Otras veces, cuando usted recibe una vacuna, paga solo su parte del costo bajo su beneficio de la Parte D. Para la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D, usted no paga nada.

A continuación, se presentan 3 ejemplos de las formas en que usted podría recibir una vacuna de la Parte D.

Situación 1: Usted recibe la vacuna de la Parte D en la farmacia de la red. (Que usted tenga esta opción depende de dónde viva. Algunos estados no permiten que las farmacias apliquen ciertas vacunas).

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

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

- Cuando usted recibe la vacuna, es posible que tenga que pagar el costo total de la vacuna en sí y el costo de que el proveedor se la aplique.
- Después, puede pedirle a nuestro plan que pague nuestra parte del costo mediante los procedimientos descritos en el Capítulo 7.
- Para la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D, se le reembolsará el monto total que pagó. Para otras vacunas de la Parte D, se le reembolsará el monto que pagó menos cualquier coseguro por la vacuna (incluida su administración)

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

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

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

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

A veces, cuando usted recibe atención médica o un medicamento recetado, es posible que tenga que pagar el costo total. Otras veces, puede darse cuenta de que pagó más de lo que esperaba según las reglas de cobertura de nuestro plan, o es posible que reciba una factura de un proveedor. En estos casos, usted puede pedirle a nuestro plan que le devuelva el dinero (que le reembolse). Es su derecho que nuestro plan le devuelva el dinero siempre que usted haya pagado más de su parte del costo de los servicios médicos o medicamentos cubiertos por nuestro plan. Puede haber plazos que usted debe cumplir para que le devuelvan 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 usted recibió atención médica de emergencia o de urgencia de un proveedor que no está en 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 inscribió de forma retroactiva en nuestro plan y pagó de su bolsillo por alguno de sus servicios o medicamentos cubiertos después de su fecha de inscripción, puede pedirnos

que le reembolsemos la parte de los costos que nos corresponde. Usted debe presentar documentos, como recibos y facturas, para que podamos procesar el reembolso.

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

Si va a una farmacia fuera de la red, es posible que la farmacia no pueda presentarnos la reclamación directamente. Cuando eso ocurre, usted tiene que pagar el costo total de su receta.

Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos pida que le reembolsemos la parte del costo que nos corresponde. Recuerde que solo cubrimos las farmacias fuera de la red en circunstancias limitadas. Consulte el Capítulo 5, Sección 2.5 para conocer estas circunstancias. Es posible que no le reembolsemos la diferencia entre lo que usted pagó por el medicamento en la farmacia fuera de la red y el monto que pagaríamos en una farmacia de la red.

5. Cuando paga el costo total de una receta porque no tiene con usted la tarjeta de membresía de nuestro plan

Si no tiene con usted la tarjeta de membresía de nuestro plan, puede pedirle a la farmacia que llame a nuestro plan o que consulte la información de inscripción en nuestro plan. Si la farmacia no puede obtener de inmediato la información de inscripción que necesita, es posible que usted tenga que pagar el costo total de la receta por su cuenta.

Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos pida que le reembolsemos la parte del costo que nos corresponde. Es posible que no le reembolsemos el costo total que usted pagó si el precio en efectivo que pagó es más alto que nuestro precio negociado para la receta.

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

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

- Por ejemplo, es posible que el medicamento no esté en la Lista de Medicamentos de nuestro plan, o que tenga un requisito o una restricción que usted no conocía o que cree que no debería aplicarse a su caso. Si decide obtener el medicamento de inmediato, es posible que tenga que pagar el costo total.
- Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos pida que le reembolsemos. En algunas situaciones, es posible que necesitemos obtener más información de su médico para reembolsarle la parte del costo que nos corresponde. Es posible que no le reembolsemos el costo total que usted pagó si el precio en efectivo que pagó es más alto que nuestro precio negociado para la receta.

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

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

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

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

SECCIÓN 3 Consideraremos su solicitud de pago y 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 o el medicamento están cubiertos y usted cumplió con todas las reglas, pagaremos la parte del costo que nos corresponde. Es posible que la parte del costo que nos corresponde no sea el monto total que usted pagó (por ejemplo, si obtuvo un medicamento en una farmacia fuera de la red o si el precio en efectivo que pagó por un medicamento es más alto que nuestro precio negociado). Si usted ya pagó por el servicio o el medicamento, le enviaremos por correo el reembolso de la parte del costo que nos corresponde. Si usted todavía no ha pagado por el servicio o el medicamento, enviaremos el pago por correo directamente al proveedor.
- Si decidimos que la atención médica o el medicamento *no* están cubiertos, o que usted *no* cumplió con todas las reglas, no pagaremos la parte del costo que nos corresponde. Le enviaremos una carta en la que le explicaremos los motivos por los que no enviamos el pago y su derecho a apelar esa decisión.

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

Si cree que cometimos un error al rechazar su solicitud de pago o en el monto que estamos pagando, puede presentar una apelación. Si presenta una apelación, significa que nos está pidiendo que cambiemos la decisión que tomamos cuando rechazamos su solicitud de pago. El proceso de apelaciones es un proceso formal con procedimientos detallados y plazos importantes. Para obtener los detalles sobre cómo presentar esta apelación, consulte el Capítulo 9.

CAPÍTULO 8:
Sus derechos y responsabilidades

SECCIÓN 1 Nuestro plan debe respetar sus derechos y sensibilidades culturales

Sección 1.1 Debemos 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 tiene la obligación de asegurar 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 diversos orígenes culturales y étnicos. Entre los ejemplos de cómo nuestro plan puede cumplir estos requisitos de accesibilidad se incluyen, entre otros, la prestación de servicios de traducción, servicios de intérprete, teletipos o la 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 los proveedores de la red de nuestro plan para una especialidad no están disponibles, es responsabilidad de nuestro plan ubicar a 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 acudir para 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 y medicamentos 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. También tiene derecho a que le surtan o le vuelvan a surtir sus recetas en cualquiera de las farmacias de nuestra red sin demoras prolongadas.

Si cree que no está recibiendo su atención médica o sus medicamentos de la Parte D dentro de un plazo razonable, el Capítulo 9 le explica lo que 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.

- Salvo en las circunstancias que se indican a continuación, si tenemos la intención de dar su información de salud a alguien que no esté prestando 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, tenemos la obligación de darle a Medicare su información de salud, incluida la información sobre sus medicamentos de la Parte D. Si Medicare divulga su información para investigaciones u otros usos, esto se hará de acuerdo con los estatutos y 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 Plus 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 los proveedores y las farmacias de nuestra red.** Usted tiene derecho a recibir información sobre las calificaciones de los proveedores y las farmacias 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. Los Capítulos 5 y 6 ofrecen información sobre la cobertura de medicamentos de la Parte D.
- **Información sobre por qué algo no está cubierto y qué puede hacer al respecto.** El Capítulo 9 ofrece información sobre cómo pedir una explicación por escrito de por qué un servicio médico o un medicamento de la Parte D no está cubierto o de por qué su cobertura está restringida. El Capítulo 9 también ofrece información sobre cómo pedirnos que cambiemos una decisión, lo que también se llama 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..Esto también incluye que se le informe sobre los programas que ofrece nuestro plan para ayudar a los miembros a administrar sus medicamentos y a usarlos de manera segura.
- **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 irse de un hospital o de otro centro médico, incluso si su médico le aconseja que no se vaya. También tiene derecho a dejar de tomar su medicamento. Si rechaza un tratamiento o deja de tomar un medicamento, usted acepta la plena responsabilidad de 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 para 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 solicitar cobertura o presentar una apelación, el Capítulo 9 de este documento le explica lo que puede hacer. Haga lo que haga (pedir una decisión de cobertura, presentar una apelación o presentar una queja), **tenemos la obligación de 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 obtenerlos.** Use esta *Evidencia de Cobertura* para saber qué está cubierto y cuáles son las reglas que debe seguir para obtener servicios cubiertos.
  - Los Capítulos 3 y 4 dan detalles sobre los servicios médicos.
  - Los Capítulos 5 y 6 dan detalles sobre la cobertura de medicamentos de la Parte D.
- **Si tiene cualquier otra cobertura de salud o cobertura de medicamentos además de nuestro plan, tiene la obligación de informárnoslo.** El Capítulo 1 le informa sobre la coordinación de estos beneficios.
- **Informe a su médico y a otros proveedores de atención médica que está inscrito en nuestro plan.** Muestre la tarjeta de membresía de nuestro plan siempre que reciba atención médica o medicamentos de la Parte D.
- **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:
    - Debe seguir pagando una prima de la Parte B de Medicare para seguir siendo miembro de nuestro plan.
    - Para la mayoría de sus servicios médicos o medicamentos cubiertos por nuestro plan, usted debe pagar la parte del costo que le corresponde cuando recibe el servicio o el medicamento.
    - Si tiene la obligación de pagar el monto adicional de la Parte D debido a sus ingresos anuales, debe seguir pagando el monto adicional directamente al gobierno para seguir siendo miembro de nuestro plan.
- **Si se muda *dentro* del área de servicio de nuestro plan, necesitamos saberlo** para poder mantener 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 9:
Qué hacer 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 los problemas sobre si la atención médica (artículos, servicios o medicamentos de la Parte B) está cubierta o no, la manera en que está cubierta y los problemas relacionados con el pago de la atención médica.

Sí.

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

No.

Vaya a la **Sección 10, 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 para 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 claro que el servicio al que lo remitieron 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 nos negaremos a prestar 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 siempre 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 hacer 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 atención médica o medicamentos de la Parte B, su médico puede pedir una decisión de cobertura o una apelación de Nivel 1 en su nombre. Si su apelación es denegada en el Nivel 1, se enviará automáticamente al Nivel 2.
    - Para los medicamentos de la Parte D, su médico u otro profesional que receta puede pedir una decisión de cobertura o una apelación de Nivel 1 en su nombre. Si su apelación de Nivel 1 es denegada, su médico o profesional que receta puede pedir una apelación de 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**: Medicamentos de la Parte D: cómo pedir una decisión de cobertura o presentar una apelación
- **Sección 7**: Cómo pedirnos que cubramos una hospitalización más prolongada si cree que le están dando el alta demasiado pronto
- **Sección 8**: Cómo pedirnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos si cree que su cobertura termina 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. Le informan que se reducirá o se suspenderá la cobertura de cierta atención médica que ha estado recibiendo y que aprobamos anteriormente, 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 de 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 7 y 8. 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 o servicios médicos (no solicitudes de pago de 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 7 días calendario después de recibir su solicitud de un artículo o servicio médico que está sujeto a sus 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 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 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 dijimos que no a 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 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** posteriores a la recepción de su apelación. Si su solicitud es para un medicamento de la Parte B que usted aún no ha recibido, le daremos nuestra respuesta **dentro de los 7 días calendario** posteriores a la recepción de 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 deberíamos tomar días adicionales, puede presentar una queja rápida. Cuando presenta una queja rápida, le daremos una respuesta a su queja dentro de las 24 horas. (Consulte la Sección 10 de este capítulo 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 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 Medicamentos de la Parte D: cómo pedir una decisión de cobertura o presentar una apelación

Sección 6.1 Qué hacer si tiene problemas para obtener un medicamento de la Parte D o si desea que le reembolsemos un medicamento de la Parte D

Sus beneficios incluyen cobertura para muchos medicamentos recetados. Para estar cubierto, el medicamento debe usarse para una indicación médicamente aceptada.

(Consulte el Capítulo 5 para obtener más información sobre una indicación médicamente aceptada). Para obtener detalles sobre los medicamentos de la Parte D, las reglas, las restricciones y los costos, consulte los Capítulos 5 y 6. **Esta sección trata únicamente sobre sus medicamentos de la Parte D.** Para simplificar, generalmente decimos *medicamento* en el resto de esta sección, en lugar de repetir *medicamento recetado ambulatorio cubierto* o *medicamento de la Parte D* cada vez. También usamos el término Lista de Medicamentos en lugar de *Lista de Medicamentos Cubiertos* o formulario.

- Si usted no sabe si un medicamento está cubierto o si cumple con las reglas, puede preguntarnos. Algunos medicamentos requieren que obtenga nuestra aprobación antes de que los cubramos.
- Si su farmacia le indica que su receta no se puede surtir tal como está escrita, la farmacia le dará un aviso por escrito que explica cómo comunicarse con nosotros para solicitar una decisión de cobertura.

Decisiones de cobertura y apelaciones de la Parte D

Término legal:

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

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

- Solicitar la cobertura de un medicamento de la Parte D que no está en la Lista de Medicamentos de nuestro plan. **Solicite una excepción. Sección 6.2**
- Solicitar que se elimine una restricción de la cobertura de nuestro plan para un medicamento (como límites en la cantidad del medicamento que puede obtener, criterios de autorización previa o el requisito de probar primero otro medicamento). **Solicite una excepción. Sección 6.2**
- Solicitar la aprobación previa de un medicamento. **Solicite una decisión de cobertura. Sección 6.4**
- Pagar un medicamento recetado que ya compró. **Pídanos que le reembolsemos. Sección 6.4**

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

Esta sección le explica tanto cómo solicitar decisiones de cobertura como cómo presentar una apelación.

Sección 6.2 Cómo solicitar una excepción

Términos legales:

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

Solicitar que se elimine una restricción de la cobertura de un medicamento es una **excepción al formulario**.

Solicitar pagar un precio menor por un medicamento cubierto no preferido es una **excepción de nivel.**

Si un medicamento no está cubierto de la manera en que a usted le gustaría, puede pedirnos que hagamos una **excepción**. Una excepción es un tipo de decisión de cobertura.

Para que consideremos su solicitud de excepción, su médico u otro profesional que receta deberá explicar los motivos médicos por los cuales usted necesita que se apruebe la excepción. A continuación se presentan 3 ejemplos de excepciones que usted, su médico u otro profesional que receta pueden pedirnos que hagamos:

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

3. **Cambiar la cobertura de un medicamento a un nivel de costo compartido más bajo.** Cada medicamento de nuestra Lista de Medicamentos está en uno de 6 niveles de costo compartido. En general, cuanto más bajo es el número del nivel de costo compartido, menos paga usted como su parte del costo del medicamento.
    - Si nuestra Lista de Medicamentos contiene medicamentos alternativos para tratar su afección médica que están en un nivel de costo compartido más bajo que el de su

medicamento, puede pedirnos que cubramos su medicamento al monto de costo compartido que corresponde a los medicamentos alternativos.

- Si el medicamento que usted toma es un producto biológico, puede pedirnos que cubramos su medicamento a un monto de costo compartido más bajo. Este sería el nivel más bajo que contiene alternativas de productos biológicos para tratar su afección.
- Si el medicamento que usted toma es un medicamento de marca, puede pedirnos que cubramos su medicamento al monto de costo compartido que corresponde al nivel más bajo que contiene alternativas de marca para tratar su afección.
- Si el medicamento que usted toma es un medicamento genérico, puede pedirnos que cubramos su medicamento al monto de costo compartido que corresponde al nivel más bajo que contiene alternativas de marca o genéricas para tratar su afección.
- Usted no puede pedirnos que cambiemos el nivel de costo compartido de ningún medicamento del nivel 5
- Si aprobamos su solicitud de excepción de nivel y hay más de un nivel de costo compartido más bajo con medicamentos alternativos que usted no puede tomar, por lo general paga el monto más bajo.

Sección 6.3 Información importante sobre cómo solicitar excepciones

Su médico debe informarnos los motivos médicos

Su médico u otro profesional que receta debe proporcionarnos una declaración que explique los motivos médicos por los cuales usted solicita una excepción. Para obtener una decisión más rápida, incluya esta información médica de su médico u otro profesional que receta cuando solicite la excepción.

Nuestra Lista de Medicamentos generalmente incluye más de un medicamento para tratar una afección en particular. Estas diferentes posibilidades se denominan medicamentos **alternativos**. Si un medicamento alternativo fuera igual de eficaz que el medicamento que usted solicita y no causara más efectos secundarios u otros problemas de salud, generalmente no aprobaremos su solicitud de excepción. Si nos solicita una excepción de nivel, generalmente *no* aprobaremos su solicitud de excepción, a menos que todos los medicamentos alternativos del nivel o los niveles de costo compartido más bajos no funcionen tan bien para usted o sea probable que le causen una reacción adversa u otro daño.

Podemos responder sí o no a su solicitud

- Si aprobamos su solicitud de excepción, nuestra aprobación generalmente es válida hasta el final del año del plan. Esto es así mientras su médico continúe recetándole el medicamento y ese medicamento siga siendo seguro y eficaz para tratar su afección.
- Si decimos que no a su solicitud, puede pedir otra revisión presentando una apelación.

Sección 6.4 Cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción

Término legal:

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

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

Las decisiones de cobertura estándar se toman dentro de las **72 horas** posteriores a la recepción de su solicitud. **Las decisiones de cobertura rápidas** se toman dentro de las **24 horas** posteriores a la recepción de su solicitud.

Si su salud lo requiere, pídanos una decisión de cobertura rápida. Para obtener una decisión de cobertura rápida, debe cumplir 2 requisitos:

- Debe estar solicitando un medicamento que aún no ha recibido. (No puede solicitar una decisión de cobertura rápida para que se le reembolse un medicamento que ya compró).
- El uso de los plazos estándar podría causar un daño grave a su salud o perjudicar su capacidad para funcionar.
- **Si su médico u otro profesional que receta nos indica que su salud requiere una decisión de cobertura rápida, automáticamente le daremos una decisión de cobertura rápida.**
- **Si usted solicita una decisión de cobertura rápida por su cuenta, sin el respaldo de su médico o profesional que receta, nosotros 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 u otro profesional que receta solicita la decisión de cobertura rápida, automáticamente le daremos una decisión de cobertura rápida.
- Le indica cómo puede presentar una queja rápida sobre nuestra decisión de darle una decisión de cobertura estándar en lugar de la decisión de cobertura rápida que usted solicitó. Responderemos a su queja dentro de las 24 horas posteriores a su recepción.

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

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

Usted, su médico (u otro profesional que receta) o su representante pueden hacerlo. También puede hacer que un abogado actúe en su nombre. La Sección 4 explica cómo puede dar su permiso por escrito a otra persona para que actúe como su representante.

- **Si usted solicita una excepción, proporcione la declaración de respaldo,** que son los motivos médicos de la excepción. Su médico u otro profesional que receta puede enviarnos la declaración por fax o por correo. O su médico u otro profesional que receta puede informarnos por teléfono y dar seguimiento enviando una declaración por escrito por fax o por correo, si es necesario.

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

Plazos para una decisión de cobertura rápida

- Generalmente debemos darle nuestra respuesta **dentro de las 24 horas** posteriores a la recepción de su solicitud.
  - Para las excepciones, le daremos nuestra respuesta dentro de las 24 horas posteriores a la recepción de la declaración de respaldo de su médico. Le daremos nuestra respuesta antes si su salud así lo requiere.
  - Si no cumplimos con este plazo, estamos obligados a enviar 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.

- **Si nuestra respuesta es sí a una parte o a la totalidad de lo que usted solicitó,** debemos proporcionar la cobertura que acordamos dentro de las 24 horas posteriores a la recepción de su solicitud o de la declaración de su médico que respalda su solicitud.
- **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. También le indicaremos cómo puede apelar.

Plazos para una decisión de cobertura estándar sobre un medicamento que aún no ha recibido

- Generalmente debemos darle nuestra respuesta **dentro de las 72 horas** posteriores a la recepción de su solicitud.
    - Para las excepciones, le daremos nuestra respuesta dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de la declaración de respaldo de su médico. Le daremos nuestra respuesta antes si su salud así lo requiere.
    - Si no cumplimos con este plazo, estamos obligados a enviar 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.
- **Si nuestra respuesta es sí a una parte o a la totalidad de lo que usted solicitó,** debemos **proporcionar la cobertura** que acordamos **dentro de las 72 horas** posteriores a la recepción de su solicitud o de la declaración de su médico que respalda su solicitud.
- **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. También le indicaremos cómo puede apelar.

Plazos para una decisión de cobertura estándar sobre el pago de un medicamento que ya compró

- Debemos darle nuestra respuesta **dentro de los 14 días calendario** posteriores a la recepción de su solicitud.
    - Si no cumplimos con este plazo, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será revisada por una organización de revisión independiente.

- **Si nuestra respuesta es sí a una parte o a la totalidad de lo que usted solicitó,** también estamos obligados a hacerle el pago dentro de los 14 días calendario posteriores a la recepción de su solicitud.
- **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. También le indicaremos cómo puede apelar.

Paso 4: Si decimos que no a su solicitud de cobertura, puede presentar una apelación.

- 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 medicamentos que desea. Si presenta una apelación, pasa al Nivel 1 del proceso de apelaciones.

Sección 6.5 Cómo presentar una apelación de Nivel 1

Términos legales:

Una apelación ante nuestro plan sobre una decisión de cobertura de un medicamento de la Parte D se denomina **redeterminación del plan**.

Una apelación rápida se denomina **redeterminación acelerada.**

Paso 1: Decida si necesita una apelación estándar o una apelación rápida.

Una apelación estándar generalmente se resuelve en un plazo de 7 días calendario. Una apelación rápida generalmente se resuelve en un plazo de 72 horas. Si su salud lo requiere, solicite una apelación rápida.

- Si usted está apelando una decisión que tomamos sobre un medicamento que aún no ha recibido, usted y su médico u otro profesional que receta deberán decidir si necesita una apelación rápida.
- Los requisitos para obtener una apelación rápida son los mismos que para obtener una decisión de cobertura rápida en la Sección 6.4 de este capítulo.

Paso 2: Usted, su representante, su médico u otro profesional que receta deben comunicarse con nosotros y presentar su apelación de Nivel 1. Si su salud requiere una respuesta rápida, debe solicitar una apelación rápida.

- **Para las apelaciones estándar, presente una solicitud por escrito.** El Capítulo 2 contiene la información de contacto.

- **Para las apelaciones rápidas, presente su apelación por escrito o llámenos al 1-855-969-5882**. El Capítulo 2 contiene la información de contacto.
- **Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito,** incluida una solicitud presentada en el *Formulario Modelo de Solicitud de Redeterminación de CMS*, que está disponible en nuestro sitio web en www.prominencemedicare.com. Incluya su nombre, su información de contacto e información sobre su reclamación para ayudarnos a procesar su solicitud.
- **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 de su apelación y agregar más información.** 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 revisamos su apelación, volvemos a examinar cuidadosamente toda la información sobre su solicitud de cobertura. Verificamos si seguimos todas las reglas cuando dijimos que no a su solicitud. Es posible que nos comuniquemos con usted, con su médico o con otro profesional que receta para obtener más información.

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 no le damos una respuesta dentro de las 72 horas, estamos obligados a enviar 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 6.6 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 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,** le enviaremos una declaración por escrito que explique por qué dijimos que no y cómo puede apelar nuestra decisión.

Plazos para una apelación estándar sobre un medicamento que aún no ha recibido

- Para las apelaciones estándar, debemos darle nuestra respuesta **dentro de los 7 días calendario** posteriores a la recepción de su apelación. Le daremos nuestra decisión antes si usted aún no ha recibido el medicamento y su estado de salud nos obliga a hacerlo.
    - Si no le damos una decisión dentro de los 7 días calendario, estamos obligados a enviar 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 6.6 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 proporcionar la cobertura tan pronto como su salud lo requiera, pero a más tardar dentro de los **7 días calendario** posteriores a la recepción de su apelación.
- **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 y cómo puede apelar nuestra decisión.

Plazos para una apelación estándar sobre el pago de un medicamento que ya compró

- Debemos darle nuestra respuesta **dentro de los 14 días calendario** posteriores a la recepción de su solicitud.
    - Si no cumplimos con este plazo, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será revisada por una organización de revisión independiente.
- **Si nuestra respuesta es sí a una parte o a la totalidad de lo que usted solicitó,** también estamos obligados a hacerle el pago dentro de los **30 días calendario** posteriores a la recepción de su solicitud.
- **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. También le indicaremos cómo puede apelar.

Paso 4: Si decimos que no a su apelación, usted decide si desea continuar con el proceso de apelaciones y presentar *otra* apelación.

- Si usted decide presentar otra apelación, significa que su apelación pasa al Nivel 2 del proceso de apelaciones.

Sección 6.6 Cómo presentar una apelación de Nivel 2

Término legal:

El nombre formal de la organización de revisión independiente es **Entidad de Revisión Independiente.** A veces se le 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: Usted (o su representante, su médico u otro profesional que receta) debe comunicarse con la organización de revisión independiente y solicitar una revisión de su caso.

- Si decimos que no a su apelación de Nivel 1, el aviso por escrito que le enviemos incluirá **instrucciones sobre cómo presentar una apelación de Nivel 2** ante la organización de revisión independiente. Estas instrucciones indicarán quién puede presentar esta apelación de Nivel 2, qué plazos debe cumplir y cómo comunicarse con la organización de revisión independiente.
  - **Usted debe presentar su solicitud de apelación dentro de los 65 días calendario** a partir de la fecha del aviso por escrito.
- Si no completamos nuestra revisión dentro del plazo aplicable o tomamos una decisión desfavorable con respecto a una determinación de **riesgo** en virtud de nuestro programa de manejo de medicamentos, enviaremos automáticamente su solicitud a la IRE. Le informaremos por escrito si su solicitud se ha enviado a la organización de revisión independiente.
- Enviaremos la información sobre su apelación a la organización de revisión independiente. 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.

Paso 2: La organización de revisión independiente revisa su apelación.

Los revisores de la organización de revisión independiente examinarán cuidadosamente toda la información sobre su apelación.

Plazos para una apelación rápida

- Si su salud lo requiere, solicite a la organización de revisión independiente una apelación rápida.
- Si la organización acepta darle una apelación rápida, debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **dentro de las 72 horas** posteriores a la recepción de su solicitud de apelación.

Plazos para una apelación estándar

- Para las apelaciones estándar, 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 es para un medicamento que aún no ha recibido. Si usted nos solicita que le reembolsemos un medicamento que ya compró, la organización de revisión independiente debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **dentro de los 14 días calendario** posteriores a la recepción de su solicitud.

Paso 3: La organización de revisión independiente le da su respuesta.

Para las apelaciones rápidas:

- **Si la organización de revisión independiente dice que sí a una parte o a la totalidad de lo que usted solicitó,** debemos proporcionar la cobertura del medicamento que fue aprobada por la organización de revisión independiente **dentro de las 24 horas** posteriores a la recepción de la decisión de la organización de revisión independiente.

Para las apelaciones estándar:

- **Si la organización de revisión independiente dice que sí a una parte o a la totalidad de su solicitud de cobertura,** debemos **proporcionar la cobertura del medicamento** que fue aprobada por la organización de revisión independiente **dentro de las 72 horas** posteriores a la recepción de 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 su solicitud de reembolso** de un medicamento que ya compró, estamos obligados a **enviarle el pago dentro de los 30 días calendario** posteriores a la recepción de la decisión de la organización de revisión independiente.

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

Si esta organización dice que no a **una parte o a la totalidad de** su apelación, significa que está de acuerdo con nuestra decisión de no aprobar su solicitud (o una parte de su solicitud).

(Esto se denomina **confirmar la decisión**. También se denomina **rechazar su apelación**). En este caso, la organización de revisión independiente le enviará una carta que:

- Explica la decisión.
- Le informa sobre su derecho a una apelación de Nivel 3 si el valor en dólares de la cobertura de medicamentos que solicita alcanza un mínimo determinado. Si el valor en dólares de la cobertura de medicamentos que solicita es demasiado bajo, no puede presentar otra apelación y la decisión del Nivel 2 es definitiva.
- Le indica el valor en dólares que debe estar en disputa para continuar con el proceso de apelaciones.

Paso 4: Si su caso cumple con los requisitos, usted elige si desea 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 la decisión 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 de este capítulo explica más sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 7 Cómo pedirnos que cubramos una hospitalización más prolongada si usted cree que le están dando de 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 en el hospital.
   - 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 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.) También puede obtener un ejemplo del aviso 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 la cobertura de los servicios debería continuar. 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 prevista, puede presentar otra apelación. Presentar otra apelación significa que 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.

- 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 permanece en el hospital después de la fecha en que termina 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 rechazó su primera apelación. **Debemos continuar brindando cobertura de su atención hospitalaria como paciente hospitalizado 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.

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 8 Cómo pedirnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos si usted cree que su cobertura termina 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 8.1 Le informaremos 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 durante un período más largo.

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 no**

significa que usted esté de acuerdo con la decisión de nuestro plan de poner fin a la atención.

Sección 8.2 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 8.3 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, deberá decidir si desea llevar su apelación al siguiente nivel.

- 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 9 Cómo llevar su apelación a los Niveles 3, 4 y 5

Sección 9.1 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.

Sección 9.2 Niveles de apelación 3, 4 y 5 para solicitudes de medicamentos de la Parte D

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

Si el valor del medicamento que apeló alcanza cierto monto en dólares, es posible que pueda pasar a niveles adicionales de apelación. Si el monto en dólares es menor, no puede apelar más. La respuesta por escrito que reciba a su apelación de Nivel 2 le explicará con quién comunicarse y qué hacer para solicitar una apelación de Nivel 3.

En la mayoría de las situaciones que involucran apelaciones, los 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 la respuesta es sí, el proceso de apelaciones ha terminado**. Debemos **autorizar o brindar la cobertura del medicamento** que fue aprobada por el juez de derecho administrativo o el abogado adjudicador **dentro de las 72 horas (24 horas para apelaciones aceleradas) o efectuar el pago a más tardar 30 días calendario** después de que recibamos la decisión.
- **Si la respuesta es no, 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, el proceso de apelaciones ha terminado**. Debemos **autorizar o brindar la cobertura del medicamento** que fue aprobada por el Consejo **dentro de las 72 horas (24 horas para apelaciones aceleradas) o efectuar el pago a más tardar 30 días calendario** después de que recibamos la decisión.
- **Si la respuesta es no, 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, es posible que pueda continuar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo dice que no a su apelación o rechaza su solicitud de revisar la apelación, el aviso le indicará si las reglas le permiten pasar a una apelación de Nivel 5. También le indicará con quién comunicarse y qué hacer a continuación si decide continuar con su apelación.

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

Sección 10.1 ¿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?
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	Si usted solicitó una decisión de cobertura o presentó una apelación, y cree que no estamos respondiendo con la

Queja	Ejemplo
relacionan con la *oportunidad* de nuestras acciones relacionadas con las decisiones de cobertura y las apelaciones)	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 10.2 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 10.3 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 10.4 También puede informar a Medicare sobre su queja

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

CAPÍTULO 10:
Cómo terminar su membresía en nuestro plan

SECCIÓN 1 Cómo terminar su membresía en nuestro plan

Terminar su membresía en *Prominence Plus 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 va a dejar nuestro plan, nuestro plan debe seguir brindándole su atención médica y sus medicamentos recetados, 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.
  - Si elige esta opción y recibe Ayuda Adicional, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que usted opte por no participar en la inscripción automática.

Nota: Si cancela su inscripción en la cobertura de medicamentos de Medicare y pasa 63 días consecutivos o más sin cobertura acreditable de medicamentos recetados, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D si se une a un plan de medicamentos de Medicare más adelante.

- **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 también para los nuevos beneficiarios de Medicare que están inscritos en un plan MA, desde el mes en que adquieren el derecho a la Parte A y la Parte B hasta el último día del tercer mes de 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 Plus HMO* pueden ser elegibles para terminar su membresía en otros momentos 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 es elegible para recibir Ayuda Adicional para pagar la cobertura de medicamentos de Medicare
- 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)

Nota: Si está en un programa de manejo de medicamentos, es posible que no pueda cambiar de plan. El Capítulo 5, Sección 10 le explica más sobre los programas de manejo de medicamentos.

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.

Nota: Si cancela su inscripción en la cobertura de medicamentos de Medicare y pasa 63 días consecutivos o más sin cobertura acreditable de medicamentos recetados, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D si se une a un plan de medicamentos de Medicare más adelante.

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

- **Si recibe Ayuda Adicional de Medicare para pagar los costos de su cobertura de medicamentos:** Si se cambia a Medicare Original y no se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare por separado, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que usted opte por no participar en la inscripción automática.

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. • Su inscripción en *Prominence Plus HMO* se cancelará automáticamente 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. • Su inscripción en *Prominence Plus HMO* se cancelará automáticamente cuando comience la cobertura de su nuevo plan de medicamentos.
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.
- Su inscripción en *Prominence Plus HMO* se cancelará cuando comience su cobertura en Medicare Original.

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

Hasta que termine su membresía y comience su nueva cobertura de Medicare, debe seguir obteniendo sus servicios médicos, artículos y medicamentos recetados a través de nuestro plan.

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

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

***Prominence Plus HMO* debe terminar su membresía en nuestro plan si ocurre cualquiera de los siguientes casos:**

- 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 miente u oculta información sobre otro seguro que tenga y que brinde cobertura de medicamentos recetados
- 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 a usted se le exige pagar el monto adicional de la Parte D debido a sus ingresos y no lo paga, Medicare cancelará su inscripción en nuestro plan y usted perderá la cobertura de medicamentos.

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 Plus HMO no tiene permitido pedirle que deje nuestro plan por ningún motivo relacionado con la 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 11:
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 los servicios cubiertos por Medicare para los cuales Medicare no es el pagador principal. De acuerdo con los reglamentos de CMS en las secciones 422.108 y 423.462 del 42 CFR, *Prominence Plus HMO*, como Organización de Medicare Advantage, ejercerá los mismos derechos de recuperación que ejerce el Secretario conforme a los reglamentos de CMS en las subpartes B a D de la parte 411 del 42 CFR, y las normas establecidas en esta sección prevalecen sobre cualquier ley estatal.

CAPÍTULO 12: Definiciones

Centro de cirugía ambulatoria – Un centro de cirugía ambulatoria es una entidad que 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 hace si no está de acuerdo con nuestra decisión de denegar una solicitud de cobertura de servicios de atención médica o medicamentos recetados, o de pago de servicios o medicamentos que ya recibió. También puede presentar una apelación si no está de acuerdo con nuestra decisión de suspender servicios que usted está recibiendo.

Facturación de saldo – Cuando un proveedor (como un médico o un hospital) le factura a un paciente más del monto de costo compartido permitido de nuestro plan. Como miembro de *Prominence Plus 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 **facturen el saldo** ni le cobren de otra manera más que el monto de costo compartido que nuestro plan dice 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.

Producto biológico – Un medicamento recetado que se fabrica a partir de fuentes naturales y vivas, como células animales, células vegetales, bacterias o levadura. Los productos biológicos son más complejos que otros medicamentos y no se pueden copiar exactamente, por lo que las formas alternativas se llaman biosimilares. (consulte “**Producto biológico original**” y “**Biosimilar**”).

Biosimilar – Un producto biológico que es muy similar, pero no idéntico, al producto biológico original. Los biosimilares son tan seguros y eficaces como el producto biológico

original. Algunos biosimilares pueden usarse en lugar del producto biológico original en la farmacia sin necesidad de una nueva receta (consulte "**Biosimilar intercambiable**").

Medicamento de marca – Un medicamento recetado que es fabricado y vendido por la compañía farmacéutica que originalmente investigó y desarrolló el medicamento. Los medicamentos de marca tienen la misma fórmula de ingredientes activos que la versión genérica del medicamento. Sin embargo, los medicamentos genéricos son fabricados y vendidos por otros fabricantes de medicamentos y, por lo general, no están disponibles hasta que vence la patente del medicamento de marca.

Etapa de cobertura catastrófica – La etapa del Beneficio de Medicamentos de la Parte D que comienza cuando usted (u otras partes calificadas en su nombre) ha gastado $2,400 en medicamentos cubiertos de la Parte D durante el año cubierto. Durante esta etapa de pago, nuestro plan paga el costo total de sus medicamentos cubiertos de la Parte D. Es posible que usted tenga costo compartido por los medicamentos excluidos que están cubiertos conforme a nuestro beneficio mejorado.

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 – Un monto que es posible que se le exija pagar, expresado como un porcentaje (por ejemplo, 20%) como su parte del costo de los servicios o de los medicamentos recetados después de que usted paga 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.

Nivel de costo compartido – Cada medicamento de la lista de medicamentos cubiertos está en uno de seis niveles de costo compartido. En general, cuanto más alto sea el nivel de costo compartido, mayor será su costo por el medicamento.

Determinación de cobertura – Una decisión sobre si un medicamento que se le recetó está cubierto por nuestro plan y el monto, si lo hay, que usted debe pagar por la receta. En general, si usted lleva su receta a una farmacia y la farmacia le dice que la receta no está cubierta por nuestro plan, eso no es una determinación de cobertura. Usted necesita llamar o escribir a nuestro plan para solicitar una decisión formal sobre la cobertura. Las determinaciones de cobertura se llaman **decisiones de cobertura** en este documento.

Medicamentos cubiertos – El término que usamos para referirnos a todos los medicamentos recetados cubiertos por nuestro plan.

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.

Tarifa diaria de costo compartido – Una tarifa diaria de costo compartido puede aplicarse cuando su médico le receta menos del suministro de un mes completo de ciertos medicamentos y a usted se le exige pagar un copago. Una tarifa diaria de costo compartido es el copago dividido por el número de días de un suministro de un mes. Este es un ejemplo: si su copago por un suministro de un mes de un medicamento es $30, y un suministro de un mes en nuestro plan es de 30 días, entonces su tarifa diaria de costo compartido es $1 por día.

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

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

Tarifa de suministro – Una tarifa que se cobra cada vez que se suministra un medicamento cubierto para pagar el costo de surtir una receta, como el tiempo del farmacéutico para preparar y empacar la receta.

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.

Excepción – Un tipo de decisión de cobertura que, si se aprueba, le permite obtener un medicamento queno está en nuestro formulario (una excepción al formulario), u obtener un medicamento no preferido a un nivel de costo compartido más bajo (una excepción de nivel). También puede solicitar una excepción si nuestro plan le exige probar otro medicamento antes de recibir el medicamento que está solicitando, si nuestro plan requiere una autorización previa para un medicamento y usted quiere que renunciemos a la restricción de criterios, o si nuestro plan limita la cantidad o la dosis del medicamento que está solicitando (una excepción al formulario).

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

Medicamento genérico – Un medicamento recetado que la FDA aprueba por tener los mismos ingredientes activos que el medicamento de marca. Generalmente, un medicamento genérico funciona igual que un medicamento de marca y suele costar menos.

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. Esto 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 – 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.

Monto de Ajuste Mensual Relacionado con los Ingresos (IRMAA) – Si su ingreso bruto ajustado modificado, según lo informado en su declaración de impuestos del IRS de hace 2 años, es superior a cierto monto, usted pagará el monto de la prima estándar y un Monto de Ajuste Mensual Relacionado con los Ingresos, también conocido como IRMAA. El IRMAA es un cargo adicional que se suma a su prima. Menos del 5% de las personas con Medicare se ven afectadas, por lo que la mayoría de las personas no pagarán una prima más alta.

Etapa de Cobertura Inicial – Esta es la etapa después de que usted paga su deducible (si lo tiene) y antes de que sus gastos de bolsillo del año hayan alcanzado el monto límite de gastos de bolsillo.

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.

Biosimilar intercambiable – Un biosimilar que puede usarse como sustituto de un producto biosimilar original en la farmacia sin necesidad de una nueva receta, porque cumple requisitos adicionales sobre la posibilidad de sustitución automática. La sustitución automática en la farmacia está sujeta a la ley estatal.

Lista de Medicamentos Cubiertos (formulario o Lista de Medicamentos) – Una lista de medicamentos recetados cubiertos por nuestro plan.

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

Programa de Descuentos del Fabricante – Un programa conforme al cual los fabricantes de medicamentos pagan una parte del costo total de nuestro plan por los medicamentos de marca y productos biológicos cubiertos de la Parte D. Los descuentos se basan en acuerdos entre el gobierno federal y los fabricantes de medicamentos.

Precio Justo Máximo – El precio que Medicare negoció para un medicamento seleccionado.

Monto máximo de 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 de nuestro plan, las primas de la Parte A y la Parte B de Medicare y los medicamentos recetados 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.

Indicación médicamente aceptada – Un uso de un medicamento que está aprobado por la FDA o respaldado por ciertas referencias, como la Información sobre Medicamentos del Servicio de Formularios de Hospitales de EE. UU. (AHFS) y el sistema de información Micromedex DRUGDEX.

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 proporcionarle todos sus beneficios de la Parte A y la Parte B de Medicare. Un Plan Medicare Advantage puede ser i) un HMO, ii) un PPO, iii) un plan Privado de Pago por Servicio (PFFS) o iv) un plan de Cuenta de Ahorros Médicos de Medicare (MSA). Además de elegir entre estos tipos de planes, un plan 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**.

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.

Programa de Manejo de Terapia de Medicamentos (MTM) – Un programa de la Parte D de Medicare para necesidades de salud complejas que se proporciona a personas que cumplen ciertos requisitos o que están en un Programa de Manejo de Medicamentos. Los servicios de MTM generalmente incluyen una conversación con un farmacéutico o un proveedor de atención médica para revisar los medicamentos.

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.

Farmacia de la red – Una farmacia que tiene un contrato con nuestro plan y donde los miembros de nuestro plan pueden obtener sus beneficios de medicamentos recetados. En la mayoría de los casos, sus recetas están cubiertas solo si se surten en una de nuestras farmacias de la red.

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.

Producto biológico original – Un producto biológico que ha sido aprobado por la FDA y que sirve como comparación para los fabricantes que elaboran una versión biosimilar. También se le llama producto de referencia.

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.

Farmacia fuera de la red – Una farmacia que no tiene un contrato con nuestro plan para coordinar o proporcionar medicamentos cubiertos a los miembros de nuestro plan. La

mayoría de los medicamentos que usted obtiene en farmacias fuera de la red no están cubiertos por nuestro plan, a menos que se apliquen ciertas condiciones.

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 o medicamentos recibidos también se conoce como el requisito de gastos de bolsillo del miembro.

Umbral de gastos de bolsillo – El monto máximo que usted paga de su bolsillo por los medicamentos de la Parte D.

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.

Medicamentos de la Parte D – Medicamentos que pueden estar cubiertos conforme a la Parte D. Es posible que ofrezcamos o no todos los medicamentos de la Parte D. El Congreso ha excluido ciertas categorías de medicamentos como medicamentos cubiertos de la Parte D. Ciertas categorías de medicamentos de la Parte D deben estar cubiertas por todos los planes.

Multa por inscripción tardía de la Parte D – Un monto que se suma a su prima mensual del plan por la cobertura de medicamentos de Medicare si usted pasa un período continuo de 63 días o más sin cobertura acreditable (cobertura que se espera que pague, en promedio, al menos tanto como la cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare) después de que es elegible por primera vez para unirse a un plan de la Parte D.

Plan de Organización de Proveedores Preferidos (PPO) – Un plan de Organización de Proveedores Preferidos es un Plan Medicare Advantage que tiene una red de proveedores contratados que han aceptado tratar a los miembros del plan por un monto de pago especificado. Un plan PPO debe cubrir todos los beneficios del plan, ya sea que se reciban de proveedores dentro de la red o 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 los servicios recibidos de proveedores de la red (preferidos) y un límite más alto para sus gastos de bolsillo combinados totales por los 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 – Servicios de atención médica que le ayudan a mantenerse saludable, 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 pruebas 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 y/o ciertos medicamentos con base en criterios específicos. Los servicios cubiertos que necesitan autorización previa están marcados en el Cuadro de Beneficios Médicos en el Capítulo 4. Los medicamentos cubiertos que necesitan autorización previa están marcados en el formulario y nuestros criterios están publicados en nuestro sitio web.

Prótesis y 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.

Límites de cantidad – Una herramienta de manejo diseñada para limitar el uso de un medicamento por razones de calidad, seguridad o utilización. Los límites pueden ser sobre la cantidad del medicamento que cubrimos por receta o durante un período definido.

“Herramienta de beneficios en tiempo real” – Un portal o aplicación informática en la que los afiliados pueden consultar información completa, precisa, oportuna, clínicamente apropiada y específica para el afiliado sobre el formulario y los beneficios. Esto incluye los

montos de costo compartido, los medicamentos alternativos del formulario que pueden usarse para la misma afección de salud que un medicamento determinado, y las restricciones de cobertura (autorización previa, terapia escalonada, límites de cantidad) que se aplican a los medicamentos alternativos.

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.

Medicamento seleccionado – Un medicamento cubierto conforme a la Parte D para el cual Medicare negoció un Precio Justo Máximo.

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 su 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 recibe Ayuda Adicional con los costos de sus medicamentos recetados, 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.

Terapia escalonada – Una herramienta de utilización que exige que usted pruebe primero otro medicamento para tratar su afección médica antes de que cubramos el medicamento que su médico pudo haberle recetado inicialmente.

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 Plus 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

Programa de Asesoramiento y Defensa sobre Información de Salud de Texas (HICAP)

HICAP 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	1-800-252-9240
TTY	1-800-735-2989 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas con dificultades auditivas o del habla.
Escriba	Programa de Asesoramiento y Defensa sobre Información de Salud de Texas (HICAP) P.O. Box 149104 Austin, TX 78714

Sitio web	https://www.hhs.texas.gov/services/health/medicare

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.*