

2024

Resumen de beneficios



RiverSpring Star

(HMO I-SNP)

Para obtener más información,
llámenos al **1-800-580-7000** (TTY 711)
Los 7 días de la semana de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del este.

H6776_SB001CY24_M

www.RiverSpringHealthPlans.org

RiverSpring Star (HMO I-SNP)

Resumen de beneficios

1 de enero de 2024 - 31 de diciembre de 2024

Este es un resumen de los servicios de salud y medicamentos cubiertos por **RiverSpring Star (HMO I-SNP)** desde el 1 de enero de 2024 hasta el 31 de diciembre de 2024.

RiverSpring Star (HMO I-SNP) es un plan que tiene un contrato con Medicare. La inscripción al plan RiverSpring Star (HMO I-SNP) depende de la renovación del contrato.

Para inscribirse en **RiverSpring Star (HMO I-SNP)**, tiene que tener derecho a la Parte A de Medicare, estar inscrito en la Parte B de Medicare, vivir en nuestra área de servicio y en un hogar de convalecencia o en su hogar, pero requerir el mismo nivel de atención que las personas que viven en un hogar de convalecencia.

Nuestra área de servicio incluye los siguientes condados en Nueva York: Bronx, Kings, Nassau, Nueva York, Queens, Richmond y Westchester.

RiverSpring Star (HMO I-SNP) cuenta con una red de médicos, hospitales, farmacias y otros proveedores. Si utiliza los proveedores que no forman parte de nuestra red, es posible que el plan no pague por estos servicios.

Los proveedores fuera de la red/no contratados no tienen ninguna obligación de tratar a los miembros del Plan RiverSpring Star (HMO I-SNP), excepto en casos de emergencia. Llame a nuestro número de servicio al cliente o consulte su "Evidencia de cobertura" para obtener más información, incluido el costo compartido que se aplica a los servicios fuera de la red.

La información de beneficios proporcionada es un resumen de lo que cubrimos y lo que usted debe pagar. No figuran todos los servicios que cubrimos ni todas las limitaciones y exclusiones. Para obtener una lista completa de los servicios que cubrimos, puede visitar nuestro sitio web www.RiverSpringHealthPlans.org y consultar la "Evidencia de cobertura", o llamarnos por teléfono y solicitar la "Evidencia de cobertura".

Esta información no constituye una descripción completa de los beneficios. Para obtener más información, llame al 1-800-580-7000 (TTY/TDD 711).

RiverSpring Star (HMO I-SNP): Resumen de Beneficios

Primas mensuales, deducibles y límites sobre cuánto paga por los servicios cubiertos	
¿Cuál es el costo de la prima mensual del plan?	\$48.70 al mes para la prima de la Parte D. Además, tiene que seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare.
¿Cuánto es el deducible?	<p>Este plan tiene deducibles para algunos servicios hospitalarios y médicos, así como medicamentos con receta de la Parte D.</p> <p>\$545 al año para los medicamentos con receta de la Parte D. \$240 al año por el deducible de la Parte para servicios dentro de la red, excepto para la insulina suministrada a través de un producto de equipo médico duradero.</p>
¿Hay un límite en lo que pagaré por mis servicios cubiertos por el plan?	<p>Sí. Como todos los planes de salud de Medicare, nuestro plan lo protege al establecer límites anuales para los gastos de bolsillo de los servicios de atención médica y hospitalaria.</p> <p>Límite anual en este plan:</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$8,850 por los servicios que recibe de proveedores de la red. <p>Si alcanza el límite de los gastos de bolsillo, seguirá teniendo cobertura para servicios hospitalarios y médicos, y pagaremos el costo completo por el resto del año.</p> <p>Tenga en cuenta que aún debe pagar las primas mensuales y el costo compartido por los medicamentos con receta de la Parte D.</p>
Primas y beneficios	
<p>Nota:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Es posible que los servicios marcados con un 1 requieran autorización previa. • Es posible que los servicios marcados con un 2 requieran una remisión de su médico. 	
Cobertura hospitalaria para pacientes internados¹ <i>(continúa en la siguiente página)</i>	<p>Se aplica un deducible por hospitalización una vez durante el período de beneficios establecido. En 2024, los montos para cada período de beneficios son los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Deducible de \$0 para cada período de beneficios. • Días 1 a 60: copago de \$0. • Días 61 a 90: copago de \$0 por día. • Días 91 en adelante: copago de \$0 por día por cada “día de reserva de por vida” para cada período de beneficios. • Más allá de los días de reserva de por vida, pagaremos todos los costos.

RiverSpring Star (HMO I-SNP): Resumen de Beneficios

<p>Cobertura hospitalaria para pacientes internados¹ (<i>continuación de la página anterior</i>)</p>	<p>Se requiere autorización.</p> <p>Nuestro plan también cubre 60 “días de reserva de por vida”. Estos son días “adicionales” que cubrimos. Si su hospitalización dura más de 90 días, puede usar estos días adicionales. Pero una vez que haya usado estos 60 días adicionales, la cobertura para pacientes internados se limitará a 90 días.</p> <p>Los copagos para los beneficios hospitalarios y en centros de atención de enfermería especializada (SNF, en inglés) se basan en los períodos de beneficios. Un período de beneficios comienza el día que es ingresado como paciente internado y finaliza cuando no recibe atención para pacientes internados (o atención especializada en un SNF) durante 60 días consecutivos. Si acude a un hospital o a un SNF luego de que finalizó un período de beneficios, comenzará un nuevo período de beneficios. Debe pagar el deducible para pacientes internados por cada período de beneficios.</p> <p>No hay límite para la cantidad de períodos de beneficios.</p>
<p>Servicios hospitalarios para pacientes externos¹</p>	<p>20% del costo – Se requiere autorización.</p>
<p>Servicios en centros quirúrgicos para pacientes externos (ASC, en inglés)</p>	<p>20% del costo – No se requiere autorización.</p>
<p>Visitas al consultorio del médico</p>	<p>Visita al médico de atención primaria: \$0 por visita.</p> <p>Visita al especialista: 20% del costo – Se requiere autorización.</p>
<p>Atención médica preventiva (<i>continúa en la página siguiente</i>)</p>	<p>Copago de \$0.</p> <p>Nuestro plan cubre muchos servicios de prevención, que incluyen los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Examen de detección de aneurisma aórtico abdominal • Evaluación y asesoramiento por consumo excesivo de alcohol • Visita anual para examen general de salud • Examen de densitometría ósea • Examen de detección de cáncer de mama (mamografía) • Visita de reducción de riesgos de enfermedades cardiovasculares (terapia para enfermedades cardiovasculares) • Exámenes de detección de enfermedades cardiovasculares • Examen de detección de cáncer de cuello de útero o vaginal • Exámenes de detección de cáncer colorrectal (enemas de bario, colonoscopia, prueba inmunoquímica fecal (FIT, en inglés), prueba de sangre oculta en heces con guayacol (gFOBT, en inglés), sigmoidoscopia flexible) • Examen de detección de depresión • Exámenes de detección de diabetes; capacitación para el autocontrol de la diabetes, servicios y suministros para diabéticos

RiverSpring Star (HMO I-SNP): Resumen de Beneficios

<p>Atención preventiva (continuación de la página anterior)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Atención de la vista (detección de glaucoma, detección de retinopatía diabética, diagnóstico y tratamiento de enfermedades y lesiones oculares, incluido el tratamiento de la degeneración macular relacionada con la edad). Prueba de detección de hepatitis C. • Examen de detección de VIH. • Vacunas (vacunas antigripales, vacuna contra la neumonía, vacunas contra la hepatitis B, vacuna contra el COVID-19). • Detección de cáncer de pulmón con tomografía computarizada de baja dosis (LDCT). • Servicios de terapia de nutrición médica. • Programa de prevención de la diabetes de Medicare (MDPP, en inglés). • Examen de detección de obesidad y terapia para mantener la pérdida de peso. • Visita preventiva de “bienvenida a Medicare” (una sola vez). • Exámenes de detección de cáncer de próstata (PSA, en inglés). • Examen de detección de enfermedades de transmisión sexual y asesoramiento. • Servicios de cesación del tabaquismo (asesoramiento para dejar de fumar o consumir tabaco). <p>Cualquier otro servicio preventivo aprobado por Medicare durante el año de contrato estará cubierto.</p>
<p>Atención médica de emergencia</p>	<p>20% del costo (hasta \$100) por cada visita.</p> <p>Si es ingresado en el hospital dentro de 3 días, no tiene que pagar su parte del costo de la atención médica de emergencia. Consulte la sección “Atención hospitalaria para pacientes internados” en este manual para informarse sobre otros costos.</p>
<p>Servicios de urgencia</p>	<p>20% del costo (hasta \$55) por cada visita.</p> <p>Si es ingresado en el hospital dentro de 3 días, no tiene que pagar su parte del costo de la atención médica de emergencia. Consulte la sección “Atención hospitalaria para pacientes internados” en este manual para informarse sobre otros costos.</p>
<p>Pruebas de diagnóstico, servicios de laboratorio y radiología y radiografías (es posible que los costos de estos servicios varíen en un contexto de cirugía para pacientes externos)</p>	<p>Servicios de radiología de diagnóstico (como imágenes por resonancia magnética, tomografías computarizadas, etc.): 20% del costo.</p> <p>Procedimientos y pruebas de diagnóstico: 20% del costo.</p> <p>Servicios de laboratorio: 20% del costo.</p> <p>Radiografías para pacientes externos: 20% del costo.</p> <p>Servicios de radiología terapéutica (como tratamientos de radioterapia contra el cáncer): 20% del costo.</p> <p>Los análisis de laboratorio de rutina no requieren autorización.</p> <p>Algunos análisis de laboratorio pueden requerir una autorización.</p>
<p>Servicios auditivos ¹</p>	<p>Examen para diagnosticar o tratar problemas de equilibrio o audición: 20% del costo.</p>

RiverSpring Star (HMO I-SNP): Resumen de Beneficios

	Se requiere autorización.
Servicios dentales¹	Servicios dentales limitados (esto no incluye servicios relacionados con atención, tratamiento, empaste, exodoncia o reemplazo de dientes): 20% del costo. Se requiere autorización.
Servicios de la vista¹	Examen para diagnosticar o tratar enfermedades y afecciones de la vista (que incluye el examen anual de detección de glaucoma): 20% del costo y se requiere autorización. Anteojos o lentes de contacto después de la cirugía de cataratas: 20% del costo. No se requiere autorización.
Atención médica de la salud mental¹	<p>Servicios psiquiátricos hospitalarios para pacientes internados:</p> <p>Nuestro plan cubre hasta 190 días durante toda su vida para atención médica de la salud mental para pacientes internados en un hospital psiquiátrico. El límite de atención hospitalaria para pacientes internados no se aplica a servicios de salud mental para pacientes internados prestados en un hospital general.</p> <p>Los copagos para los beneficios hospitalarios y en centros de atención de enfermería especializada (SNF, en inglés) se basan en los períodos de beneficios. Un período de beneficios comienza el día que es ingresado como paciente internado y finaliza cuando no recibe atención para pacientes internados (o atención especializada en un SNF) durante 60 días consecutivos. Si acude a un hospital o a un SNF luego de que finalizó un período de beneficios, comenzará un nuevo período de beneficios. Debe pagar el deducible para pacientes internados por cada período de beneficios. No hay límite para la cantidad de períodos de beneficios.</p> <p>Nuestro plan también cubre 60 “días de reserva de por vida”. Estos son días “adicionales” que cubrimos. Si su hospitalización dura más de 90 días puede usar estos días adicionales. Pero una vez que haya usado estos 60 días adicionales, la cobertura para pacientes internados se limitará a 90 días.</p> <p>En 2024, los montos para cada período de beneficios son los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Deducible de \$0 para cada período de beneficios. • Días 1 a 60: copago de \$0. • Días 61 a 90: copago de \$0 por día. • Días 91 en adelante: copago de \$0 por día por cada “día de reserva de por vida” para cada período de beneficios. • Más allá de los días de reserva de por vida, nosotros pagamos todos los costos. <p>Visita de terapia grupal para pacientes externos: 20% del costo.</p> <p>Visita de terapia individual para pacientes externos: 20% del costo.</p> <p>Se requiere autorización.</p>

RiverSpring Star (HMO I-SNP): Resumen de Beneficios

<p>Centro de atención de enfermería especializada (SNF, en inglés)¹</p>	<p>Nuestro plan cubre hasta 100 días en un centro de enfermería especializada.</p> <p>En 2024, los montos para cada período de beneficios son los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Días 1 a 20: copago de \$0 para cada período de beneficios. • Días 21 a 100: copago de \$0 por día. • Días 101 en adelante: usted paga todos los costos <p>Se requiere autorización.</p>
<p>Rehabilitación para pacientes externos¹</p>	<p>Servicios de rehabilitación cardíaca (para el corazón): 20% del costo.</p> <p>Servicios de rehabilitación cardíaca intensiva: 20% del costo.</p> <p>Servicios de rehabilitación pulmonar: 20% del costo.</p> <p>Servicios de terapia con ejercicios supervisados (SET, en inglés) para la enfermedad arterial periférica (PAD, en inglés) sintomática: 20% del costo.</p> <p>Visita de terapia ocupacional (OT, en inglés): 20% del costo.</p> <p>Visita para fisioterapia (PT, en inglés) y terapia del habla y del lenguaje: 20% del costo. Se requiere autorización.</p>
<p>Ambulancia¹</p>	<p>20% del costo. Se requiere autorización para los servicios que no sean de emergencia.</p>
<p>Transporte</p>	<p>Sin cobertura.</p>
<p>Medicamentos de la Parte B de Medicare¹</p>	<p>Para medicamentos de la Parte B, como medicamentos para quimioterapia/radioterapia: 20% del costo. Otros medicamentos de la Parte B: 20% del costo.</p> <p>Se requiere autorización.</p> <p>No pagará más que el monto del coseguro por los servicios de administración de quimioterapia, incluidos los medicamentos de quimioterapia/radiación u otros medicamentos cubiertos por la Parte B de Original Medicare.</p>
<p>Lo que paga por las vacunas:</p>	<p>Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo para usted, incluso si no ha pagado su deducible. Si desea obtener más información, llame al Departamento de Servicios para Miembros.</p>

RiverSpring Star (HMO I-SNP): Resumen de Beneficios

<p>Lo que paga por la insulina:</p>	<p>No pagará más de \$35 por un suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto por nuestro plan, sin importar en qué nivel de costo compartido se encuentre, incluso si no ha pagado su deducible.</p>
<p>Atención médica para los pies (servicios de podiatría)¹</p>	<p>Exámenes y tratamientos de los pies si tiene daño en el sistema nervioso causado por la diabetes y/o cumple ciertas condiciones: 20% del costo. Se requiere autorización.</p>
<p>Equipos médicos duraderos (sillas de ruedas, oxígeno, etc.)¹</p>	<p>20% del costo. Se requiere autorización para equipos DME (productos no desechables que tienen una vida útil de más de 1 año) con un costo de \$500 o más. Se requiere autorización para suministros DME (productos desechables que tienen una vida útil de más de 1 año) con un costo de \$250 o más.</p>
<p>Dispositivos protésicos (aparatos, extremidades artificiales, etc.)¹</p>	<p>Dispositivos protésicos: 20% del costo. Suministros médicos relacionados: 20% del costo. Se requiere autorización.</p>
<p>Servicios y suministros para la diabetes¹</p>	<p>Suministros para el control de la diabetes: 20% del costo. Cubrimos fabricantes específicos de suministros y servicios para diabéticos: De Abbott y LifeScan Se requiere autorización. Capacitación para el autocontrol de la diabetes: 20% del costo y no se requiere autorización. Zapatos o plantillas terapéuticas: 20% del costo. Se requiere autorización.</p>
<p>Programas de bienestar (programas de acondicionamiento físico)</p>	<p>Sin cobertura.</p>

RiverSpring Star (HMO I-SNP): Resumen de Beneficios

Beneficios complementarios opcionales

El plan RiverSpring Star (HMO I-SNP) ofrece servicios complementarios además de los beneficios de la Parte C y los beneficios de la Parte D. A continuación, enumeramos un resumen de los beneficios complementarios:

Venta libre (OTC, en inglés) Beneficio de suministros

Nuestro plan cubre productos de venta libre hasta un monto de \$185,00 por mes. Tiene dos formas de obtener productos de venta libre elegibles:

- Utilizar una tarjeta OTC proporcionada por RiverSpring en cualquier ubicación participante.
- Pedir productos de venta libre haciendo un pedido en línea a través de un catálogo en línea

Cualquier parte no usada no será transferida de un mes al siguiente. El saldo de OTC no se transfiere de un año a otro.

Los productos de venta libre cubiertos pueden comprarse únicamente para el miembro. Este beneficio no puede canjearse por dinero en efectivo.

Usted no tiene ningún costo por este beneficio.

Beneficios de venta libre y comestibles

Para los miembros elegibles (con ciertas afecciones crónicas), los beneficios complementarios especiales para enfermedades crónicas (beneficio para comestibles) se combinan con el beneficio para productos de venta libre para cubrir ciertos comestibles como parte de la asignación mensual para OTC, que solo pueden comprarse en farmacias o minoristas seleccionados.

Se le permite gastar el 50% (\$92,50) del monto del beneficio de venta libre en alimentos y productos frescos.

A los miembros elegibles se les notificará y recibirán instrucciones sobre cómo acceder al beneficio para comestibles.

Puede encontrar una lista de afecciones crónicas en la "Evidencia de cobertura".

Beneficios de medicamentos con receta

Cobertura inicial

Después de pagar su deducible anual, según su ingreso y su estado institucional, usted paga un coseguro del 25% del costo por todos los medicamentos cubiertos por este plan hasta que el costo anual total de los medicamentos alcance los \$5,030. El costo anual total de los medicamentos es el costo total de los medicamentos que usted y nuestro plan de la Parte D pagaron.

Nivel 1: Coseguro del 25%.

RiverSpring Star (HMO I-SNP): Resumen de Beneficios

	<p>Puede conseguir sus medicamentos en farmacias minoristas de la red y farmacias con servicio de pedido por correo.</p> <p>Si reside en un centro de atención médica a largo plazo, pagará lo mismo que en una farmacia minorista.</p> <p>Puede comprar medicamentos en una farmacia fuera de la red al mismo costo que en una farmacia dentro de la red.</p>
<p>Brecha de cobertura</p>	<p>La mayoría de los planes de medicamentos de Medicare tienen una interrupción en la cobertura (también llamada brecha de cobertura). Esto quiere decir que hay un cambio provisional en lo que usted pagará por sus medicamentos. La brecha en la cobertura comienza después de que el costo anual total de los medicamentos (que incluye lo que nuestro plan pagó y lo que usted pagó) alcance un total de \$5030,00.</p> <p>Luego de que ingrese en el período de brecha en la cobertura, usted paga el 25% del costo del plan para medicamentos de marca cubiertos y el 25% del costo del plan para medicamentos genéricos cubiertos hasta que su costo alcance un total de \$8,000, lo que marca el final del período de brecha en la cobertura. No todos ingresarán al período de brecha de la cobertura.</p>
<p>Cobertura para casos catastróficos</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Esta etapa se eliminará a partir del 1 de enero de 2024. Esto significa que no tendrá ningún costo compartido para los medicamentos del formulario de la Parte D de Medicare después de que el costo total del medicamento alcance \$8,000.

Consejos para comparar sus opciones de Medicare

- Si desea comparar nuestro plan con otros planes de salud de Medicare, solicite a los otros planes los manuales del Resumen de Beneficios correspondientes. O bien, use el buscador de planes de Medicare en <http://www.medicare.gov>.
- Si desea obtener más información sobre la cobertura y los costos de Original Medicare, consulte el manual vigente “**Medicare y usted**”. Consúltelo en línea en <http://www.medicare.gov> u obtenga una copia llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Sitio web y números de teléfono de RiverSpring Star (HMO I-SNP)

- Llame de forma gratuita al 1-800-580-7000; los usuarios de TTY deben llamar al 711.
- Puede encontrar todos los materiales del plan, incluido el directorio de proveedores y farmacias, en www.RiverSpringHealthPlans.org
- También puede consultar la lista completa de medicamentos cubiertos (formulario) en nuestro sitio web mencionado anteriormente.

RiverSpring Star (HMO I-SNP): Resumen de Beneficios

- O bien, llámenos y le enviaremos una copia de los materiales de nuestro plan.

Horario de atención

- Del 1 de octubre al 31 de marzo, puede llamarnos los 7 días de la semana, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m, hora del este.
- Del 1 de abril al 30 de septiembre, puede llamarnos de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. hora del este.

RiverSpring Star (HMO I-SNP) es un plan que tiene un contrato con Medicare. La inscripción al plan RiverSpring Star (HMO I-SNP) depende de la renovación del contrato.

Esta información no constituye una descripción completa de los beneficios. Para obtener más información, llame al 1-800-580-7000 o TTY/TDD 711.

Este documento está disponible en otros formatos, como en braille y letra grande. Este documento puede estar disponible en otros idiomas que no sean inglés. Para obtener información adicional, llámenos al 1-800-580-7000.

Lista de verificación antes de la inscripción

Antes de tomar una decisión sobre la inscripción, es importante que comprenda completamente nuestros beneficios y nuestras normas. Si tiene alguna pregunta, puede llamar a Servicio al Cliente al 1-800-580-7000 (TTY/TDD 711) y hablar con un representante.

Comprensión de los beneficios

- La “Evidencia de cobertura” (EOC, en inglés) proporciona una lista completa de toda la cobertura y los servicios. Es importante revisar la cobertura, los costos y los beneficios del plan antes de inscribirse. Visite www.RiverSpringStar.org o llame al 1-800-580-7000 (TTY/TDD 711) para obtener una copia de la EOC.
- Revise el directorio de Proveedores (o pregúntele a su médico) para asegurarse de que los médicos que usted consulta actualmente estén dentro de la red. Si no están en la lista, significa que probablemente deberá seleccionar otro médico.
- Revise el directorio de farmacias para asegurarse de que la farmacia que usted utiliza para obtener sus medicamentos con receta esté dentro de la red. Si la farmacia no está en la lista, probablemente deberá seleccionar otra farmacia para surtir sus recetas.
- Revise el formulario para asegurarse de que sus medicamentos estén cubiertos.

Comprensión de las normas importantes

- Además de la prima mensual de su plan, debe seguir pagando su prima de la Parte B de Medicare. Por lo general, esta prima se descuenta todos los meses de su cheque del Seguro Social.
- Los beneficios, la prima o los copagos/coseguros pueden cambiar el 1 de enero de 2024.
- Excepto en casos de emergencia o urgencia, no cubrimos los servicios que prestan proveedores fuera de la red (médicos que no aparecen en el directorio de proveedores).
- Este plan es un plan de necesidades especiales institucional (I-SNP). Su capacidad para inscribirse se basará en la verificación de que usted, durante 90 días o más, ha tenido o se espera que necesite el nivel de servicios brindados en un centro de atención de enfermería especializada, un centro de atención de enfermería, un centro de atención intermedia para personas con discapacidad intelectual y del desarrollo, un hospital o unidad psiquiátrica, un hospital o unidad de rehabilitación, un hospital de atención a largo plazo, un hospital con camas oscilantes o un centro aprobado por CMS que proporcione servicios similares.
- Efecto sobre la cobertura actual

RiverSpring Star (HMO I-SNP): Resumen de

Aviso de no discriminación

ElderServe Health, Inc., que opera bajo el nombre de RiverSpring Health Plans, cumple con las leyes federales de derechos civiles vigentes y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. ElderServe Health, Inc., que opera bajo el nombre RiverSpring Health Plans, no excluye a las personas ni las trata de manera diferente por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

ElderServe Health, Inc., operando bajo el nombre RiverSpring Health Plans:

- Ofrece ayuda y servicios gratuitos a personas con discapacidades para que puedan comunicarse efectivamente con nosotros, como, por ejemplo:
 - Intérpretes calificados de lenguaje de señas.
 - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos).
- Ofrece servicios lingüísticos gratuitos a personas cuyo idioma principal no es el inglés, como, por ejemplo:
 - Intérpretes calificados.
 - Información escrita en otros idiomas.

Si necesita estos servicios, comuníquese con el Coordinador de Derechos Civiles. Si considera que ElderServe Health, Inc. no le ha proporcionado estos servicios o usted ha sido discriminado de alguna otra manera por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede realizar una queja formal ante:

Civil Rights Coordinator
80 West 225th Street
Bronx, NY, 10463
Teléfono: 1-347-842-3660, TTY: 711
Fax: 1-888-341-5009

Puede realizar una queja formal en persona o por correo postal, teléfono o fax. Si necesita ayuda para hacer una queja formal, el Coordinador de Derechos Civiles está disponible para ayudarlo. También puede hacer un reclamo de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Sociales de los Estados Unidos, por vía electrónica a través del portal de reclamos de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>,

o por correo o teléfono al:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW, Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20211
1-800-368-1019, 1-800-537-7697 (TDD)

Los formularios de reclamos se encuentran disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>

Servicios de intérprete en varios idiomas

Inglés: We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at 1-800-580-7000. Someone who speaks English/Language can help you. This is a free service.

Español: Tenemos servicios de intérprete sin costo alguno para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para hablar con un intérprete, por favor llame al 1-800-580-7000. Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

Chino Mandarín: 我们提供免费的翻译服务，帮助您解答关于健康或药物保险的任何疑问。如果您需要此翻译服务，请致电 1-800-580-7000。我们的中文工作人员很乐意帮助您。这是一项免费服务。

。

Chino Cantonés: 您對我們的健康或藥物保險可能存有疑問，為此我們提供免費的翻譯服務。如需翻譯服務，請致電 1-800-580-7000。我們講中文的人員將樂意為您提供幫助。這是一項免費服務。

。

Tagalo: Mayroon kaming libreng serbisyo sa pagsasaling-wika upang masagot ang anumang mga katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggamot. Upang makakuha ng tagasaling-wika, tawagan lamang kami sa 1-800-580-7000. Maaari kayong tulungan ng isang nakakapagsalita ng Tagalog. Ito ay libreng serbisyo.

Francés: Nous proposons des services gratuits d'interprétation pour répondre à toutes vos questions relatives à notre régime de santé ou d'assurance-médicaments. Pour accéder au service d'interprétation, il vous suffit de nous appeler au 1-800-580-7000. Un interlocuteur parlant Français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

Vietnamita: Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời các câu hỏi về chương sức khỏe và chương trình thuốc men. Nếu quý vị cần thông dịch viên xin gọi 1-800-580-7000 sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí.

Alemán: Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihren Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter 1-800-580-7000. Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

RiverSpring Star (HMO I-SNP): Resumen de

Coreano: 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 대해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 1-800-580-7000번으로 문의해 주십시오. 한국어를 하는 담당자가 도와 드릴 것입니다. 이 서비스는 무료로 운영됩니다.

Ruso: Если у вас возникнут вопросы относительно страхового или медикаментного плана, вы можете воспользоваться нашими бесплатными услугами переводчиков. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, позвоните нам по телефону 1-800-580-7000. Вам окажет помощь сотрудник, который говорит по-русски. Данная услуга бесплатная.

Árabe: للحصول على مترجم فوري، ليس عليك. إننا نقدم خدمات المترجم الفوري المجانية لإجابة عن أي أسئلة تتعلق بالصحة أو جدول الأدوية لدينا. سيقوم شخص ما يتحدث العربية 1-800-580-7000. هذه خدمة مجانية سوى الاتصال بنا على. بمساعدتك.

Hindi: दुभाकिया सेवाएँ उपिब्ध हैं. एक दुभाकिया प्राप्त करने के किए, बस हमें 1-800-580-7000 पर फोन करें. कोई व्यक्ति जो कहन्दी बोिता है आपकी मदद कर सकता है. यह एक मुफ्त सेवा है.

दुभाकिया सेवाएँ उपिब्ध हैं. एक दुभाकिया प्राप्त करने के लिए, बस हमें 1-800-580-7000 पर फोन करें. कोई व्यक्ति जो कहन्दी बोिता है आपकी मदद कर सकता है. यह एक मुफ्त सेवा है.

Italiano: È disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario e farmaceutico. Per un interprete, contattare il numero 1-800-580-7000. Un nostro incaricato che parla Italianovi fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

Portugués: Dispomos de serviços de interpretação gratuitos para responder a qualquer questão que tenha acerca do nosso plano de saúde ou de medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número 1-800-580-7000. Irá encontrar alguém que fale o idioma Português para o ajudar. Este serviço é gratuito.

Francés criollo: Nou genyen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou ta genyen konsènan plan medikal oswa dwòg nou an. Pou jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan 1-800-580-7000. Yon moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.

Polaco: Umożliwiamy bezpłatne skorzystanie z usług tłumacza ustnego, który pomoże w uzyskaniu odpowiedzi na temat planu zdrowotnego lub dawkowania leków. Aby skorzystać z pomocy tłumacza znającego język polski, należy zadzwonić pod numer 1-800-580-7000. Ta usługa jest bezpłatna.

Japonés: 当社の健康健康保険と薬品処方薬プランに関するご質問にお答えするために、無料の通訳サービスがあります。通訳をご用命になるには、1-800-580-7000にお電話ください。日本語を話す人者が支援いたします。これは無料のサービスです。

RiverSpring Health Plans

1-800-580-7000 (TTY/TDD 711)

Los 7 días de la semana, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del este.

www.RiverSpringHealthPlans.org