

2024

Aviso anual de cambios



RiverSpring Star

(HMO I-SNP)

Para obtener más información, llámenos al **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

H6776_ANOC001CY24_M

RiverSpring Star (HMO I-SNP) ofrecido por RiverSpring Health Plans

Aviso anual de cambios para 2024

Actualmente, usted está inscrito como miembro de RiverSpring Star (HMO I-SNP). El próximo año habrá cambios en los beneficios y costos del plan. **Consulte la página 4 para obtener un Resumen de costos importantes, incluida la prima.**

Este documento le informa acerca de los cambios en su plan. Para obtener más información sobre costos, beneficios o normas, revise la *Evidencia de cobertura*, que se encuentra en nuestro sitio web, www.RiverSpringHealthPlans.org. También puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros para pedirnos que le enviemos por correo una "*Evidencia de cobertura*".

- **Tiene un plazo que va del 15 de octubre al 7 de diciembre para realizar cambios en su cobertura de Medicare para el próximo año.**

Qué debe hacer ahora

1. AVERIGÜE: Qué cambios le corresponden

- Verifique los cambios en nuestros costos y beneficios para ver si le afectan.
 - Revise los cambios en los costos de atención médica (médico, hospital).
 - Revise los cambios en nuestra cobertura de medicamentos, incluidos los requisitos de autorización y costos.
 - Piense en cuánto gastará en primas, deducibles y costos compartidos.
- Verifique los cambios en la "Lista de medicamentos" de 2024 para asegurarse de que los medicamentos que toma actualmente todavía estén cubiertos.
- Verifique si sus médicos de atención primaria, especialistas, hospitales y otros proveedores, incluidas las farmacias, estarán en nuestra red el próximo año.
- Piense si está satisfecho con nuestro plan.

2. COMPARE: Obtenga información sobre otras opciones de planes

- Verifique la cobertura y los costos de planes en su área. Buscador de planes de Medicare en el sitio web www.medicare.gov/plan-compare o revise la lista al dorso de su manual *Medicare y Usted 2024*.
- Cuando haya elegido el plan de su preferencia, verifique los costos y la cobertura en el sitio web del plan.

3. ELIJA: Decida si desea cambiar de plan

- Si no se inscribe en otro plan antes del 7 de diciembre de 2023, permanecerá en RiverSpring Star (HMO I-SNP).
- Para cambiarse a un **plan diferente** que se adapte mejor a sus necesidades, puede cambiar de plan o puede cambiarse a Original Medicare (ya sea con o sin un plan de medicamentos con receta de Medicare por separado) en cualquier momento.

Recursos adicionales

- Este documento está disponible en español de manera gratuita.
- Llame al Departamento de Servicios para Miembros al 1-800-580-7000 para obtener información adicional. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). El horario es de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. del este, durante los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita.
- Puede obtener esta información de forma gratuita en otros formatos, como letra grande, braille o audio. Llame al 1-800-580-7000 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). El horario es de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. del este, durante los 7 días de la semana.
- **La cobertura que abarca este plan cumple con los requisitos como cobertura médica calificada (QHC, en inglés)** y cumple con el requisito de responsabilidad compartida individual de la Ley de Protección al Paciente. Visite el sitio web del Servicio de Interno de Impuestos (IRS, en inglés), www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families, para obtener más información.

Acerca de RiverSpring Star (HMO I-SNP)

- 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.
- Cuando este documento dice “nosotros”, “nos” o “nuestro”, significa RiverSpring Health Plans. Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, significa RiverSpring Star (HMO I-SNP).

Aviso Anual de Cambios para 2024 Índice

Resumen de costos importantes para 2024	4
SECCIÓN 1 Cambios en los costos y beneficios para el próximo año	6
Sección 1.1: Cambios en la prima mensual	6
Sección 1.2: Cambios en el monto máximo de bolsillo.....	6
Sección 1.3: Cambios en las redes de proveedores y farmacias	7
Sección 1.4: Cambios en los beneficios y costos para los servicios médicos.....	7
Sección 1.5: Cambios en la cobertura de medicamentos con receta de la Parte D.....	8
SECCIÓN 2 Decidir qué plan elegir	11
Sección 2.1: Si quiere permanecer en RiverSpring Star (HMO I-SNP).....	11
Sección 2.2: Si quiere cambiar de plan.....	11
SECCIÓN 3 Fecha límite para cambiar de plan	12
SECCIÓN 4 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare	12
SECCIÓN 5 Programas que le ayudan a pagar sus medicamentos con receta	13
SECCIÓN 6 ¿Tiene preguntas?	13
Sección 6.1: Cómo obtener ayuda de RiverSpring Star (HMO I-SNP).....	13
Sección 6.2: Cómo recibir ayuda de Medicare	14

Resumen de costos importantes para 2024

La tabla que está a continuación compara los costos de 2023 y 2024 de RiverSpring Star (HMO I-SNP) en distintas áreas importantes. **Tenga en cuenta que esto solamente es un resumen de los costos.**

Costo	para 2023 (este año)	para 2024 (el año próximo)
Prima mensual del plan* * Su prima puede ser más alta o más baja que este monto. Consulte la Sección 1.1 para obtener más detalles.	\$38,10 (Prima del plan Parte D)	\$48,70 (Prima del plan Parte D)
Deducible de la Parte B	\$226	\$240 - \$1,30 (monto de reducción del plan) excepto para la insulina que se proporcione a través de un equipo médico duradero.
Monto máximo de bolsillo Esto será lo <u>máximo</u> que pagará de bolsillo para sus servicios cubiertos de la Parte A y Parte B. (Consulte la Sección 1.2 para obtener más detalles).	\$8300	\$8850
Visitas al consultorio del médico	Visitas de atención primaria: 20% por visita Visitas al especialista: 20% por visita	Visitas de atención primaria: \$0 por visita. Visitas al especialista: 20% por visita

Costo	para 2023 (este año)	para 2024 (el año próximo)
Atención hospitalaria para pacientes internados	\$0	\$0
<p>Cobertura de medicamentos con receta de la Parte D (Consulte la Sección 1.5 para obtener más detalles).</p>	<p>Deducible: \$505, excepto para los productos de insulina cubiertos y la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D. Coseguro, según corresponda, durante la Etapa de cobertura inicial:</p> <ul style="list-style-type: none"> Nivel 1 de medicamentos: 25% <p>Si recibe “Ayuda adicional” para pagar sus medicamentos, es posible que sea elegible para costos compartidos reducidos. Consulte su “Cláusula adicional de subsidio por bajos ingresos (Anexo LIS)”.</p>	<p>Deducible: \$545, excepto los productos de insulina cubiertos y la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D. Coseguro, según corresponda, durante la Etapa de cobertura inicial:</p> <ul style="list-style-type: none"> Nivel 1 de medicamentos: 25% Usted paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel. <p>Si recibe “Ayuda adicional” para pagar sus medicamentos, es posible que sea elegible para costos compartidos reducidos. Consulte su “Cláusula adicional de subsidio por bajos ingresos (Anexo LIS)”.</p> <p>Cobertura por caso catastrófico:</p> <ul style="list-style-type: none"> Durante esta etapa de pago, el plan paga el costo total de sus medicamentos cubiertos de la Parte D. No debe pagar nada.

SECCIÓN 1 Cambios en los costos y beneficios para el próximo año

Sección 1.1: Cambios en la prima mensual

Costo	para 2023 (este año)	para 2024 (el año próximo)
Prima mensual (También tiene que seguir pagando su prima de la Parte B de Medicare).	\$38.10 para la prima de la Parte D	\$48.70 para la prima de la Parte D

- La prima mensual del plan será *mayor* si se le exige pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D de por vida por no tener otra cobertura de medicamentos que sea, al menos, equivalente a la cobertura de medicamentos de Medicare (también llamada “cobertura válida”) durante 63 días o más.
- Si tiene un ingreso más alto, puede que deba pagar un monto mensual adicional directamente al gobierno para su cobertura de medicamentos con receta de Medicare.
- Su prima mensual será *menor* si recibe una “Ayuda adicional” para pagar los costos de sus medicamentos con receta. Consulte la Sección 7 sobre “Ayuda adicional” de Medicare.

Sección 1.2: Cambios en el monto máximo de bolsillo

Medicare exige que todos los planes de salud limiten la cantidad de gastos de bolsillo que debe realizar durante el año. Este límite se denomina "monto máximo de bolsillo". Una vez que llegó a ese monto, por lo general, no debe pagar nada por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B durante el resto del año.

Costo	para 2023 (este año)	para 2024 (el año próximo)
Monto máximo de bolsillo Sus costos para los servicios médicos cubiertos (como, por ejemplo, los copagos y deducibles) cuentan dentro del monto máximo de bolsillo. Su prima del plan de salud y sus costos por los medicamentos con receta no cuentan dentro del monto máximo de bolsillo.	\$8300	\$8850 Una vez que haya pagado \$8850 de gastos de bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B, no deberá pagar nada más por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B durante el resto del año calendario.

Sección 1.3: Cambios en la red de proveedores y farmacias

Los directorios actualizados se encuentran en nuestro sitio web, www.RiverSpringHealthPlans.org. También puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros para obtener información actualizada sobre proveedores y/o farmacias o pedirnos que le enviemos un directorio, y se lo enviaremos por correo dentro de tres días hábiles.

Existen cambios en nuestra red de proveedores para el próximo año. **Verifique el Directorio de Proveedores de 2024 para corroborar si sus proveedores (proveedores de atención primaria, especialistas, hospitales, etc.) forman parte de nuestra red.**

Existen cambios en nuestra red de farmacias para el próximo año. **Revise el Directorio de farmacias de 2024 para ver qué farmacias forman parte de nuestra red.**

Es importante que sepa que realizaremos cambios a los hospitales, médicos y especialistas (proveedores), y farmacias que forman parte de nuestro plan durante el año. Si un cambio de mitad de año en nuestros proveedores lo afecta, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros para que podamos ayudarlo.

Sección 1.4: Cambios en los beneficios y costos para los servicios médicos

Realizaremos cambios en los costos y beneficios de ciertos servicios médicos el próximo año. La información que figura a continuación describe dichos cambios.

Costo	para 2023 (este año)	para 2024 (el año próximo)
Visitas al consultorio del médico	<p>Visitas de atención primaria: 20% por visita</p> <p>Visitas al especialista: 20% por visita</p>	<p>Visitas de atención primaria: \$0 por visita.</p> <p>Visitas al especialista: 20% por visita</p>
<p>Servicios de emergencia</p> <p>Con servicios de emergencia, nos referimos a:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios provistos por un proveedor calificado para proporcionar servicios de emergencia. • Servicios necesarios para evaluar o estabilizar una afección médica de emergencia. 	Usted paga un copago de \$95 por visita al consultorio.	Usted paga un copago de \$100 por visita al consultorio.

Costo	para 2023 (este año)	para 2024 (el año próximo)
Servicios de podiatría	Autorización previa: Se requiere autorización después de 4 visitas regulares al podiatra. Se requiere autorización después de 6 visitas al podiatra relacionadas con la diabetes.	Se requiere autorización previa.
Servicios de urgencia	Usted paga un copago de \$60 por visita al consultorio.	Usted paga un copago de \$55,00 por visita al consultorio.

Sección 1.5: Cambios en la cobertura de medicamentos con receta de la Parte D

Cambios en nuestra "Lista de medicamentos"

Nuestro listado de medicamentos cubiertos se denomina "formulario" o "Lista de medicamentos". Se proporciona una copia de nuestra Lista de medicamentos por vía electrónica.

Hemos hecho cambios en nuestra "Lista de medicamentos", que pueden incluir la eliminación o adición de medicamentos, la modificación de las restricciones que se aplican a nuestra cobertura de determinados medicamentos o su traslado a un nivel de costo compartido diferente. **Revise la "Lista de medicamentos" para asegurarse de que sus medicamentos tendrán cobertura el año próximo y ver si habrá restricciones.**

La mayoría de los cambios en la "Lista de medicamentos" entran en vigencia al inicio de cada año. Sin embargo, durante el año, puede que introduzcamos otros cambios que estén permitidos en virtud de las normas de Medicare. Por ejemplo, podemos eliminar de inmediato medicamentos considerados inseguros por la FDA o medicamentos que el fabricante del producto haya retirado del mercado. Actualizamos nuestra "Lista de medicamentos" en línea para brindarle la lista de medicamentos más actualizada.

Si se ve afectado por un cambio en la cobertura de medicamentos al comienzo del año o durante el año, revise el Capítulo 9 de su Evidencia de cobertura y hable con su médico para conocer sus opciones, como solicitar un suministro temporal, solicitar para una excepción y/o buscar un nuevo medicamento. También puede comunicarse con el Departamento de Servicios para Miembros para obtener más información.

Cambios en los costos de los medicamentos con receta

Nota: Si está en un programa que le ayuda a pagar por sus medicamentos (“Ayuda adicional”), es posible que la información sobre los costos de los medicamentos con receta de la Parte D no se aplique a usted. Hemos incluido un anexo por separado, llamado “Evidencia de cobertura para las personas que reciben la Ayuda adicional para pagar sus medicamentos con receta (también denominado “Anexo para subsidio por bajos ingresos” o el “Anexo LIS”), que le informa acerca de la cobertura de sus medicamentos. Si recibe la “Ayuda adicional” y no ha recibido este anexo antes del 30 de septiembre, llame al Departamento de Servicios para Miembros para pedir el Anexo LIS.

Existen cuatro **etapas de pago de los medicamentos**. La información que figura a continuación muestra los cambios en las primeras dos etapas: Etapa del deducible anual y la Etapa de cobertura inicial. (La mayoría de los miembros no alcanza la Etapa de brecha de cobertura o la Etapa de cobertura para casos catastróficos).

Cambios en la Etapa del deducible

Etapa	para 2023 (este año)	para 2024 (el año próximo)
<p>Etapa 1: Etapa del deducible anual</p> <p>Durante esta etapa, usted paga el costo total de sus medicamentos de la Parte D hasta alcanzar el deducible anual. El deducible no se aplica a los productos de insulina cubiertos y a la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D, incluidas las vacunas contra el herpes zóster, el tétanos y las vacunas de viaje.</p>	<p>El deducible es de \$505.</p>	<p>El deducible es de \$545.</p> <p>Si recibe “Ayuda adicional” para pagar sus medicamentos, es posible que sea elegible para costos compartidos reducidos. Consulte el “Anexo para subsidio por bajos ingresos (Anexo LIS)”.</p>

Cambios en su costo compartido en la Etapa de cobertura inicial

Etapa	para 2023 (este año)	para 2024 (el año próximo)
<p>Etapa 2: Etapa de cobertura inicial</p> <p>Una vez que paga el deducible anual, pasa a la Etapa de cobertura inicial. Durante esta etapa, el plan paga su parte del costo de sus medicamentos y usted paga su parte de dicho costo.</p> <p>La mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D están cubiertas sin costo alguno para usted.</p>	<p>Su costo para un suministro de un mes surtido en una farmacia de la red con costo compartido estándar:</p> <p>Nivel 1: Usted paga el 25% del costo total.</p>	<p>Su costo para un suministro de un mes surtido en una farmacia de la red con costo compartido estándar:</p> <p>Nivel 1: Usted paga el 25% del costo total.</p> <p>Usted paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p>

Etapa	para 2023 (este año)	para 2024 (el año próximo)
<p>Etapa 2: Etapa de cobertura inicial (continuación)</p> <p>Los costos que aparecen en esta fila corresponden al suministro de un mes (30 días) cuando surta sus medicamentos con receta en una farmacia de la red con costo compartido estándar. Para obtener información sobre los costos de medicamentos con receta con servicio de pedido por correo, consulte la Sección 5 del Capítulo 6 de su <i>Evidencia de cobertura</i>.</p>	<p>Una vez que los costos totales de sus medicamentos hayan alcanzado los \$4660, pasará a la siguiente etapa (Etapa de brecha de cobertura).</p>	<p>Una vez que los costos totales de sus medicamentos hayan alcanzado los \$5030, pasará a la siguiente etapa (Etapa de brecha de cobertura).</p>

Cambios en la brecha de la cobertura y las etapas de la cobertura para casos catastróficos

Las otras dos etapas de cobertura para los medicamentos, la Etapa de brecha en la cobertura y la Etapa de cobertura para casos catastróficos, son para aquellas personas que tienen costos altos de medicamentos. La mayoría de los miembros no alcanza la Etapa de brecha en la cobertura o la Etapa de cobertura para casos catastróficos.

A partir de 2024, si llega a la Etapa de cobertura para casos catastróficos, no pagará nada por los medicamentos cubiertos de la Parte D.

Para obtener información sobre sus costos durante estas etapas, consulte las Secciones 6 y 7 del Capítulo 6 en su *Evidencia de cobertura*.

SECCIÓN 2 Decidir qué plan elegir

Sección 2.1: Si quiere permanecer en RiverSpring Star (HMO I-SNP)

Para permanecer en nuestro plan, no es necesario que haga nada. Si no se suscribe en un plan diferente ni cambia a Original Medicare antes del 7 de diciembre, será inscrito en RiverSpring Star (HMO I-SNP) automáticamente.

Sección 2.2: Si quiere cambiar de plan

Esperamos que siga siendo nuestro miembro durante el próximo año, pero si desea cambiar de plan para el año 2024, debe seguir estos pasos:

Paso 1: Obtenga más detalles y compare sus opciones

- Puede inscribirse en un plan de salud diferente de Medicare.
- O bien puede cambiarse a Original Medicare. Si cambia a Original Medicare, deberá decidir si desea inscribirse en el plan de medicamentos de Medicare. Si usted no se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare, consulte la Sección 1.1 referente a una posible multa por inscripción tardía en la Parte D.

Para obtener más detalles acerca de Original Medicare y de los diferentes tipos de planes de Medicare, use el buscador de planes de Medicare (www.medicare.gov/plan-compare), lea el manual *Medicare y usted 2024*, llame a su Programa estatal de asistencia en seguros de salud (consulte la Sección 4) o llame a Medicare (consulte la Sección 6.2). Le recordamos que RiverSpring Health Plans ofrece otros planes de salud de Medicare.

Estos otros planes pueden ser diferentes con respecto a la cobertura, las primas mensuales y los montos de costos compartidos.

Paso 2: Cambiar su cobertura

- Para cambiarse a un plan de salud diferente de Medicare, debe inscribirse en un plan nuevo. Su inscripción en RiverSpring Star (HMO I-SNP) se cancelará automáticamente.

- **Para cambiarse a Original Medicare con un plan de medicamentos con receta**, debe inscribirse en un plan de medicamentos nuevo. Su inscripción en RiverSpring Star (HMO I-SNP) se cancelará automáticamente.
- **Para cambiarse a Original Medicare sin un plan de medicamentos con receta**, entonces deberá:
 - Enviarnos una solicitud por escrito para cancelar su inscripción. Comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros si necesita más información sobre cómo hacerlo.
 - O bien, comuníquese con **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas del día, los 7 días de la semana, y solicite la cancelación de su inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 3 Fecha límite para cambiar de plan

Si desea cambiarse a un plan diferente o a Original Medicare para el año siguiente, puede hacerlo desde el **15 de octubre hasta el 7 de diciembre**. El cambio entrará en vigencia el 1 de enero de 2024.

¿Se pueden realizar cambios en otros momentos del año?

En algunos casos, los cambios también se permiten en otros momentos del año. Por ejemplo, se permite para los miembros de Medicaid, los que reciben el “Ayuda adicional” para pagar sus medicamentos, los que tengan o dejen la cobertura de su empleador, y los que están fuera del área de servicio.

Si se inscribió en un plan Medicare Advantage para el 1 de enero de 2024 y no le gusta su elección de plan, puede cambiarse a otro plan de salud de Medicare (con o sin la cobertura de medicamentos con receta de Medicare) o cambiarse a Original Medicare (con o sin la cobertura de medicamentos con receta de Medicare) entre el 1 de enero y el 31 de marzo de 2024.

Si se mudó recientemente, vive actualmente o acaba de mudarse de una institución (como un centro de atención de enfermería especializada o un hospital de atención a largo plazo), puede cambiar su cobertura de Medicare **en cualquier momento**. Puede cambiarse a otro plan de salud de Medicare (ya sea con o sin cobertura de medicamentos con receta de Medicare) o cambiar a Original Medicare (ya sea con o sin un plan de medicamentos con receta de Medicare por separado) en cualquier momento.

SECCIÓN 4 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare

El Programa estatal de asistencia en seguros de salud (SHIP, en inglés) es un programa del gobierno que cuenta con asesores capacitados en todos los estados. En Nueva York, el SHIP se denomina Programa de asistencia, asesoría e información sobre seguros de salud (HIICAP, en inglés) de la Oficina de la tercera edad.

Es un programa estatal que recibe fondos del gobierno federal para brindar asesoramiento **gratuito** sobre los seguros de salud en su localidad a las personas que tienen Medicare. Los consejeros de HIICAP pueden ayudarlo con sus preguntas o problemas sobre Medicare. Pueden ayudarlo a entender sus opciones de planes de Medicare y responder las preguntas sobre el cambio de plan. Puede llamar a HIICAP al 1-800-701-0501. Puede obtener más información acerca de HIICAP visitando su sitio web (<https://www.aging.ny.gov/health-insurance-information-counseling-and-assistance>).

SECCIÓN 5 Programas que le ayudan a pagar sus medicamentos con receta

Usted puede cumplir con los requisitos para recibir ayuda para pagar sus medicamentos con receta. A continuación, enumeramos distintos tipos de ayuda:

- **“Ayuda adicional” de Medicare.** Las personas con ingresos limitados pueden calificar para la “Ayuda adicional” para ayudar a pagar sus costos de medicamentos con receta. Si usted califica, Medicare puede pagar hasta un 75% o más del costo de sus medicamentos, incluidas las primas mensuales de medicamentos con receta, los deducibles anuales y el coseguro. Además, las personas que califican no tendrán una brecha en la cobertura ni una multa por inscripción tardía. Para corroborar si usted califica, llame al:
 - 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048, las 24 horas del día, durante los 7 días de la semana;
 - La Oficina del Seguro Social al 1-800-772-1213, de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 7:00 p.m, para un representante. Los mensajes automatizados están disponibles durante las 24 horas del día. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778; o bien
 - a su oficina estatal de Medicaid (solicitudes).
- **Ayuda del programa de ayuda para medicamentos de su estado.** Nueva York tiene un programa denominado Cobertura de Seguro Farmacéutico para la Tercera Edad (EPIC, en inglés) que ayuda a las personas a pagar los medicamentos con receta según su necesidad financiera, edad o afección médica. Para conocer más acerca del programa, consulte con su Programa estatal de asistencia en seguros de salud.
- **Asistencia con los costos compartidos de los medicamentos con receta para personas con VIH/SIDA.** El Programa de Asistencia de Medicamentos para el SIDA (ADAP, en inglés) ayuda a asegurar que las personas elegibles para el ADAP que padecen de VIH/SIDA tengan acceso a medicamentos para el VIH que les permita salvar la vida. Las personas tienen que cumplir con determinados criterios, que incluyen la prueba de residencia en el estado y de su estado de VIH, prueba de ingresos bajos según la definición del estado y prueba de falta de cobertura o cobertura de seguro médico inadecuada. Los medicamentos con receta de la Parte D de Medicare que también están cubiertos por ADAP cumplen con los requisitos para la asistencia con los costos compartidos de los medicamentos con receta a través de los Programas de atención médica para pacientes con VIH que no tienen seguro médico del Estado de Nueva York. Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame al 1-800-542-2437.

SECCIÓN 6 ¿Tiene preguntas?

Sección 6.1: Cómo obtener ayuda de RiverSpring Star (HMO I-SNP)

¿Tiene preguntas? Estamos aquí para ayudarlo. Llame al Departamento de Servicios para Miembros al 1-800-580-7000. (Solo los usuarios de TTY deben llamar al 711). Estamos disponibles para llamadas telefónicas los siete días de la semana, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del este. Las llamadas a estos números son gratuitas.

Lea su *Evidencia de cobertura 2024* (allí encontrará detalles sobre los costos y beneficios del próximo año)

Este *Aviso Anual de Cambios* le proporciona un resumen de los cambios en sus costos y beneficios para el año 2024. Para obtener más detalles, consulte la *Evidencia de cobertura 2024* de RiverSpring Star (HMO I-SNP). La *Evidencia de cobertura* es la descripción detallada y legal de sus beneficios del plan. Explica sus derechos y las normas que debe seguir para obtener servicios cubiertos y medicamentos con receta. Encontrará una copia de la Evidencia de cobertura en nuestro sitio web, www.RiverSpringHealthPlans.org. También puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros para pedirnos que le enviemos por correo una "*Evidencia de cobertura*".

Visite nuestro sitio web

También puede visitar nuestro sitio web, www.RiverSpringHealthPlans.org. Le recordamos que nuestro sitio web posee la información más actualizada sobre nuestra red de proveedores de servicios de salud (*Directorio de proveedores*) y nuestra lista de medicamentos cubiertos (*Formulario/Lista de medicamentos*).

Sección 6.2: Cómo recibir ayuda de Medicare

Para obtener información directamente de Medicare:

Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)

Puede llamar 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.

Visite el sitio web de Medicare

Visite el sitio web de Medicare (www.medicare.gov). Posee información sobre los costos, la cobertura y las calificaciones de estrellas de calidad para ayudarlo a comparar los planes de salud de Medicare. Para consultar la información acerca de los planes, visite www.medicare.gov/plan-compare.

Lea el *manual Medicare y Usted 2024*

Lea el *manual Medicare y Usted 2024*. Cada otoño, se envía este documento por correo a las personas con Medicare. Contiene un resumen de los beneficios, los derechos y las protecciones de Medicare, y respuestas a las preguntas más frecuentes sobre Medicare. Si no tiene una copia de este documento, puede obtenerla en el sitio web de Medicare

(<https://www.medicare.gov/Pubs/pdf/10050-medicare-and-you.pdf>) o 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.

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/TDD 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 EE. UU., 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. 20201
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 panggagamot. 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.

Coreano: 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 대해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 1-800-580-7000 번으로 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. 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. مترجم فوري، ليس عليك سوى الاتصال بنا على هذه خدمة مجانية بمساعدتك.

Hindi: हमारे पास 1-800-580-7000 पर 1-800-580-7000 पर कहे हैं. हमारे पास 1-800-580-7000 पर कहे हैं. हमारे पास 1-800-580-7000 पर कहे हैं.

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。

Formulario CMS-10802
(Vence el 31 de diciembre de 2025)

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