

2024

Evidencia de Cobertura



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.

Del 1 de enero al 31 de diciembre de 2024

Evidencia de Cobertura:

Sus beneficios y servicios médicos y su cobertura de medicamentos con receta de Medicare como miembro de RiverSpring Star (HMO I-SNP)

Este documento incluye información sobre su cobertura de servicios de atención médica y medicamentos con receta de Medicare del 1 de enero al 31 de diciembre de 2024. **Es un documento legal importante. Guárdelo en un lugar seguro.**

Si tiene preguntas sobre este documento, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros al 1-800-580-7000 para obtener más información. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). Los 7 días de la semana de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del este. Esta llamada es gratuita.

Este plan, RiverSpring Star (HMO I-SNP), es ofrecido por RiverSpring Health Plans. (Cuando esta *Evidencia de Cobertura* dice “nosotros”, “nos” o “nuestro”, significa RiverSpring Health Plans. Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, significa RiverSpring Star (HMO I-SNP).

Este documento está disponible en español de manera gratuita. Esta información también está disponible en otros formatos, incluidos braille, letra grande u otros formatos alternativos. Si necesita información sobre el plan en otro formato o idioma, llame al Departamento de Servicios para Miembros al número mencionado anteriormente.

Los beneficios, las primas, los deducibles o los copagos o coseguros pueden cambiar el 1 de enero de 2025.

El formulario, la red de farmacias o la red de proveedores pueden cambiar en cualquier momento. Recibirá un aviso cuando sea necesario. Notificaremos los cambios a los miembros inscritos que sean afectados con al menos 30 días de anticipación.

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

- La prima de su plan y los costos compartidos;
- sus beneficios médicos y de medicamentos con receta;
- cómo presentar un reclamo si no está satisfecho con un servicio o tratamiento;
- cómo contactarnos si necesita más ayuda; y,
- otras protecciones requeridas por la ley de Medicare.

Evidencia de Cobertura 2024**Índice**

CAPÍTULO 1: <i>Primeros pasos como miembro</i>	6
SECCIÓN 1 Introducción.....	7
SECCIÓN 2 ¿Qué necesita para ser elegible para ser miembro de un plan?	8
SECCIÓN 3 Materiales importantes de membresía que recibirá	9
SECCIÓN 4 Sus costos mensuales para RiverSpring Star (HMO I-SNP)	11
SECCIÓN 5 Más información sobre su prima mensual	14
SECCIÓN 6 Manteniendo actualizado su registro de membresía del plan	15
SECCIÓN 7 Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan	16
CAPÍTULO 2: <i>Números de teléfono y recursos importantes</i>	18
SECCIÓN 1 Contactos de RiverSpring Star (HMO I-SNP) (cómo comunicarse con nosotros, incluso cómo comunicarse con el Departamento de Servicios para Miembros).....	19
SECCIÓN 2 Medicare (cómo obtener ayuda e información directamente del programa federal de Medicare)	23
SECCIÓN 3 Programa estatal de asistencia en seguros de salud (ayuda gratuita, información y respuestas a sus preguntas sobre Medicare)	25
SECCIÓN 4 Organización para la mejora de la calidad.....	26
SECCIÓN 5 Seguro Social.....	27
SECCIÓN 6 Medicaid	28
SECCIÓN 7 Información acerca de programas que ayudan a las personas a pagar sus medicamentos con receta.....	29
SECCIÓN 8 Cómo comunicarse con la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios	31
SECCIÓN 9 ¿Tiene un seguro colectivo u otro seguro de salud para empleados?	32
CAPÍTULO 3: <i>Cómo utilizar el plan para sus servicios médicos</i>	33
SECCIÓN 1 Lo que debe saber sobre cómo obtener atención médica como miembro de nuestro plan	34
SECCIÓN 2 Use proveedores de la red del plan para su atención médica.....	35
SECCIÓN 3 Cómo obtener servicios en caso de emergencia, necesidad urgente de recibir atención o catástrofe	38
SECCIÓN 4 ¿Qué sucede si le facturan directamente el costo total de los servicios?.....	40
SECCIÓN 5 ¿Cómo se cubren los servicios médicos cuando participa en un estudio de investigación clínica?.....	41

Índice

SECCIÓN 6	Normas para obtener atención médica en un centro religioso no médico dedicado a la salud	43
SECCIÓN 7	Normas de propiedad de los equipos médicos duraderos	44
CAPÍTULO 4: Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted debe pagar).....		46
SECCIÓN 1	Cómo entender sus gastos de bolsillo para los servicios cubiertos por el plan	47
SECCIÓN 2	Use el <i>Cuadro de beneficios médicos</i> para determinar lo que está cubierto y cuánto deberá pagar.....	49
SECCIÓN 3	¿Cuáles son los servicios que no están cubiertos por el plan?.....	87
CAPÍTULO 5: Cómo utilizar la cobertura del plan para medicamentos con receta de la Parte D.....		90
SECCIÓN 1	Introducción.....	91
SECCIÓN 2	Surta sus medicamentos con receta en una farmacia de la red o a través del servicio de pedido por correo del plan	91
SECCIÓN 3	Sus medicamentos deben estar en la “Lista de Medicamentos” del plan	94
SECCIÓN 4	Existen restricciones en la cobertura de algunos medicamentos	96
SECCIÓN 5	¿Qué ocurre en caso de que alguno de sus medicamentos no esté cubierto como a usted le gustaría?.....	97
SECCIÓN 6	¿Qué sucede si la cobertura cambia para alguno de sus medicamentos?	99
SECCIÓN 7	¿Qué tipos de medicamentos <i>no</i> están cubiertos por el plan?.....	101
SECCIÓN 8	Cómo surtir una receta.....	102
SECCIÓN 9	Cobertura de medicamentos de la Parte D en situaciones especiales	103
SECCIÓN 10	Programas sobre gestión y seguridad de los medicamentos.....	104
CAPÍTULO 6: Lo que paga por sus medicamentos con receta de la Parte D		107
SECCIÓN 1	Introducción.....	108
SECCIÓN 2	Lo que usted paga por un medicamento depende de la etapa de cobertura para medicamentos en la que se encuentra cuando obtiene el medicamento.....	110
SECCIÓN 3	Le enviamos informes que explican los pagos por sus medicamentos y en qué etapa de pago se encuentra	111
SECCIÓN 4	Durante la Etapa del deducible, usted paga el costo total de los medicamentos	112
SECCIÓN 5	Durante la Etapa de cobertura inicial, el plan paga su parte del costo de sus medicamentos y usted paga su parte.....	112
SECCIÓN 6	Costos en la etapa de brecha de cobertura	116
SECCIÓN 7	Durante la etapa de cobertura para casos catastróficos, el plan paga el costo total	

Índice

	de sus medicamentos cubiertos de la Parte D.....	117
SECCIÓN 8	Vacunas de la Parte D. Lo que usted paga por ellas depende de cómo y dónde las obtiene	117
CAPÍTULO 7: <i>Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura que recibió por</i>		
	<i>servicios médicos o medicamentos cubiertos</i>	120
SECCIÓN 1	Situaciones en las que debe solicitarnos que paguemos nuestra parte del costo de sus servicios o medicamentos cubiertos	121
SECCIÓN 2	Cómo debe solicitarnos que le realicemos un reembolso o que paguemos una factura que haya recibido.....	123
SECCIÓN 3	Analizaremos su solicitud de pago y le brindaremos una respuesta afirmativa o negativa	123
CAPÍTULO 8: <i>Sus derechos y responsabilidades</i> 125		
SECCIÓN 1	Nuestro plan debe respetar sus derechos y sensibilidades culturales como miembro del plan	126
SECCIÓN 2	Usted tiene ciertas responsabilidades como miembro del plan	131
CAPÍTULO 9: <i>Qué hacer si tiene un problema o reclamo (sobre decisiones, apelaciones o reclamos de cobertura)</i> 133		
SECCIÓN 1	Introducción.....	134
Sección 2	Dónde conseguir más información y asistencia personalizada.....	134
SECCIÓN 3	¿Qué proceso debe utilizar para tratar su problema?.....	135
SECCIÓN 4	Guía sobre los aspectos básicos de las decisiones de cobertura y apelaciones...	136
SECCIÓN 5	Su atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación de una decisión de cobertura	139
SECCIÓN 6	Sus medicamentos con receta de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.....	146
SECCIÓN 7	Cómo solicitarnos la cobertura de una extensión de atención hospitalaria para pacientes internados si usted considera que le están dando el alta demasiado pronto	155
SECCIÓN 8	Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos si usted considera que su cobertura finalizará demasiado pronto	161
SECCIÓN 9	Cómo seguir con su apelación en el Nivel 3 y más allá	167
SECCIÓN 10	Cómo presentar un reclamo sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, servicio al cliente y otras inquietudes.....	170
CAPÍTULO 10: <i>Finalización de su membresía en el plan</i>		
		174

Índice

SECCIÓN 1	Introducción a cómo cancelar su membresía en nuestro plan	175
SECCIÓN 2	¿Cuándo puede finalizar su membresía en nuestro plan?	175
SECCIÓN 3	¿Cómo puede finalizar su membresía en nuestro plan?	176
SECCIÓN 4	Hasta la finalización de su membresía, tiene que seguir recibiendo sus elementos y servicios médicos y sus medicamentos a través de nuestro plan	176
SECCIÓN 5	RiverSpring Star (HMO I-SNP) debe cancelar su membresía en el plan en ciertas situaciones	177
 CAPÍTULO 11: Avisos legales		179
SECCIÓN 1	Aviso sobre la ley vigente.....	180
SECCIÓN 2	Aviso sobre la no discriminación	180
SECCIÓN 3	Aviso sobre derechos de subrogación del pagador secundario de Medicare.....	180
 CAPÍTULO 12: Definiciones de palabras importantes.....		181

CAPÍTULO 1:

Primeros pasos como miembro

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1	Actualmente, está inscrito en RiverSpring Star (HMO I-SNP), que es un plan especializado de Medicare Advantage (“Plan de Necesidades Especiales”)
--------------------	--

Usted está cubierto por Medicare y decidió recibir su atención médica de Medicare y su cobertura de medicamentos con receta mediante nuestro plan, RiverSpring Star (HMO I-SNP).

RiverSpring Star (HMO I-SNP) es un plan especializado de Medicare Advantage (un “plan de necesidades especiales” de Medicare Advantage), lo que significa que sus beneficios están diseñados para personas con necesidades de atención médica especial. RiverSpring Star (HMO I-SNP) está diseñado para personas que viven en una institución (como un hogar de convalecencia) o necesitan un nivel de atención que generalmente se proporciona en un hogar de atención médica especializada.

Nuestro plan incluye proveedores que se especializan en el tratamiento de pacientes que necesitan este nivel de atención. Como miembro de este plan, obtiene beneficios especialmente adaptados a sus necesidades y toda su atención está coordinada a través de nuestro plan.

La cobertura que abarca este Plan cumple con los requisitos de Cobertura Médica

Calificada (QHC, en inglés) y reúne los requisitos de responsabilidad compartida individual de la Ley de Protección al Paciente y la Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio (ACA, en inglés). Visite el sitio web del Servicio Interno de Impuestos (IRS, en inglés): www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families para obtener más información.

Sección 1.2	¿De qué se trata el documento de <i>Evidencia de Cobertura</i>?
--------------------	--

Este documento llamado *Evidencia de Cobertura* explica cómo obtener su atención médica y medicamentos con receta. Describe sus derechos y responsabilidades, qué está cubierto, qué paga como miembro del plan y cómo presentar un reclamo si no está satisfecho con una decisión o tratamiento.

Las palabras “cobertura” y “servicios cubiertos” se refieren a los servicios y la atención médica y a los medicamentos con receta disponibles para usted como miembro de RiverSpring Star (HMO I-SNP).

Es importante que sepa cuáles son las normas del plan y qué servicios están disponibles para usted. Lo alentamos a dedicar un poco de tiempo y examinar detenidamente este documento de *Evidencia de Cobertura*.

Si tiene dudas o inquietudes o simplemente quiere realizar una consulta, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros.

Sección 1.3	Información legal sobre la <i>Evidencia de Cobertura</i>
--------------------	---

Esta *Evidencia de Cobertura* forma parte de nuestro contrato con usted sobre cómo RiverSpring Star (HMO I-SNP) 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 parte nuestra acerca de cambios en su cobertura o condiciones que afecten su cobertura. Estos avisos a veces se denominan “cláusulas adicionales” o “enmiendas”.

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

El contrato es válido durante los meses en los que esté inscrito en el plan RiverSpring Star (HMO I-SNP) entre el 1 de enero de 2024 y el 31 de diciembre de 2024.

Cada año calendario, Medicare nos permite realizar cambios en los planes que ofrecemos. Esto significa que podemos cambiar los costos y beneficios de RiverSpring Star (HMO I-SNP) después del 31 de diciembre de 2024. También podemos optar por dejar de ofrecer el plan en su área de servicio, después del 31 de diciembre de 2024.

Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) debe aprobar RiverSpring Star (HMO I-SNP) cada año. Usted puede continuar obteniendo la cobertura de Medicare cada año como miembro de nuestro plan siempre y cuando elijamos seguir ofreciendo el plan y Medicare renueve su aprobación del plan.

SECCIÓN 2 ¿Qué necesita para ser elegible para ser miembro de un plan?

Sección 2.1	Sus requisitos de elegibilidad
--------------------	---------------------------------------

Usted será elegible para ser miembro de nuestro plan si cumple con lo siguiente:

- Tiene la Parte A y la Parte B de Medicare;
- —y—vive dentro de nuestra área geográfica de servicio (a continuación, la Sección 2.2 describe nuestra área de servicio). No se considera que las personas en prisión vivan en el área geográfica de servicio aunque se encuentren físicamente en ella;
- —y—es ciudadano de los Estados Unidos o se encuentra legalmente en los Estados Unidos;
- —y—cumple con los requisitos de elegibilidad especiales descritos a continuación.

Requisitos de elegibilidad especiales para nuestro plan

Nuestro plan está diseñado para cubrir las necesidades especiales de las personas que requieren un nivel de atención que generalmente es proporcionado en un hogar de convalecencia.

A fin de ser elegible para nuestro plan, debe cumplir con *uno de los dos* requisitos indicados a continuación.

- Vivir en un hogar de convalecencia disponible a través de nuestro plan. Consulte el *Directorio de Proveedores* del plan para obtener una lista de nuestros hogares de atención médica especializada contratados o llame al Departamento de Servicios para Miembros y solicite que le enviemos una lista.
- *O bien*, vivir en su hogar y que nuestro plan haya certificado que usted necesita el tipo de atención que generalmente se proporciona en un hogar de convalecencia.
- Tenga en cuenta lo siguiente: Si pierde su elegibilidad, pero razonablemente se puede esperar que vuelva a recuperarla dentro de 3 meses, entonces aún es elegible para participar en nuestro plan (la Sección 2.1 del Capítulo 4 contiene información acerca de la cobertura y los costos compartidos durante un período considerado como continuación de la elegibilidad).

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro**Sección 2.2 Esta es el área de servicio del plan para RiverSpring Star (HMO I-SNP)**

RiverSpring Star (HMO I-SNP) solo está disponible para las personas que viven en nuestra área de servicio del plan. Para seguir siendo miembro de nuestro plan, debe seguir residiendo en el área de servicio del plan. A continuación, se describe el área de servicio.

Nuestra área de servicio incluye estos condados de Nueva York: Bronx, Kings, Nueva York (Manhattan), Queens, Richmond, Nassau y Westchester.

Si planea mudarse fuera del área de servicio, no puede seguir siendo miembro de este plan. Comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros para ver si tenemos un plan en su nueva área. Cuando se mude, tendrá un Período de inscripción especial que le permitirá cambiarse a Original Medicare o inscribirse en un plan de salud o de medicamentos de Medicare que esté disponible en su nueva ubicación.

Si se muda o cambia de dirección postal, es importante que se comunique con el seguro social para informarlo. Podrá encontrar números de teléfono e información de contacto del seguro social en la Sección 5 del Capítulo 2.

Sección 2.3 Residente legal o ciudadano estadounidense

Un miembro del plan de salud de Medicare debe ser ciudadano estadounidense o residente legal de los Estados Unidos. Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) le notificará a RiverSpring Star (HMO I-SNP) si usted no es elegible para seguir siendo miembro por este motivo. RiverSpring Star (HMO I-SNP) debe cancelar su inscripción si usted no cumple con este requisito.

SECCIÓN 3 Materiales importantes de membresía que recibirá**Sección 3.1 Su tarjeta de membresía del plan**

Mientras sea miembro de nuestro plan, debe usar su tarjeta de miembro siempre que obtenga cualquier servicio cubierto por este plan y por los medicamentos con receta que obtiene en las farmacias de la red. También puede mostrarle al proveedor su tarjeta de Medicaid, si corresponde. Aquí presentamos una tarjeta de miembro a modo de ejemplo para mostrarle cómo sería la suya:

	
<p><Jane A. Doe> Member ID: <00001234500> Issuer: 80840 Effective: <01/01/2017></p>	<p>Rx Bin: 610014 Rx GRP: RSSTARX Rx Plan: MEDDPRIME</p>
 CMS H6776-001	
<p>For Members: Member Services: 1-800-580-7000 (TTY/TDD 711) Prescription Drugs: 1-844-670-8836 (TTY/TDD 711) 24-Hour Nurse Hotline: 1-800-580-7000 (TTY/TDD 711) Website: www.RiverSpringHealthPlans.org</p>	<p>For Providers: Provider Services: 1-800-580-7000 Send Paper Claims to: RiverSpring Health Plans, C/O Relay Health 1564 Northeast Expy, Mail Stop HQ-2361, Atlanta, GA 30329 Electronic Claims: Usd Paye ID: 05178</p>
<p>For Pharmacies: Express Scripts Pharmacy Helpdesk: 1-800-922-1557</p>	<p>Supplemental Provider Network provided by MAGNACARE <i>Other Providers/Physicians are available in our Network</i></p>

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

NO use su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare para servicios médicos cubiertos mientras sea miembro de este plan. Si utiliza su tarjeta de Medicare en lugar de su tarjeta de miembro de RiverSpring Star (HMO I-SNP), es posible que deba pagar el costo total de los servicios médicos. Conserve su tarjeta de Medicare en un lugar seguro. Es posible que se le solicite que la muestre si necesita servicios hospitalarios, servicios de hospicio o si participa en estudios de investigación clínica aprobados por Medicare, también llamados ensayos clínicos.

Si su tarjeta de miembro está dañada, se le perdió o se la robaron, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros de inmediato y le enviaremos una tarjeta nueva.

Sección 3.2 Directorio de proveedores y farmacias

El *Directorio de Proveedores y Farmacias* enumera nuestros proveedores y farmacias de la red y los proveedores de equipos médicos duraderos. Los **Proveedores de la Red** son los médicos y otros profesionales de salud, grupos médicos, proveedores de equipos médicos duraderos, hospitales y otros centros de atención médica que tienen contrato con nosotros para aceptar nuestro pago y cualquier costo compartido de un plan como pago total. Las **Farmacias de la Red** son todas las farmacias que han acordado surtir las recetas cubiertas para los miembros de nuestro plan.

Debe utilizar proveedores y farmacias de la red para obtener atención y servicios médicos. Si va a otro lugar sin la autorización correspondiente tendrá que pagar el total. Las únicas excepciones son las emergencias, los servicios de urgencia cuando la red no está disponible (es decir, en situaciones en las que no es viable o no es posible obtener servicios dentro de la red), servicios de diálisis fuera del área y casos en los que RiverSpring Star (HMO I-SNP) autoriza el uso de proveedores fuera de la red.

La lista más reciente de proveedores y farmacias se encuentra disponible en nuestro sitio web: www.RiverSpringHealthPlans.org.

Si no tiene su copia del *Directorio de Proveedores y Farmacias*, puede solicitar una (en forma electrónica o impresa) al Departamento de Servicios para Miembros. Las solicitudes de directorios de proveedores impresos se le enviarán por correo dentro de los tres días hábiles.

Sección 3.3 Lista de Medicamentos Cubiertos del plan (*formulario*)

El plan cuenta con una "*Lista de medicamentos cubiertos*" (*formulario*). De forma abreviada, la llamamos la "Lista de Medicamentos". Informa qué medicamentos con receta de la Parte D están cubiertos por el beneficio de la Parte D incluido en RiverSpring Star (HMO I-SNP). El plan selecciona los medicamentos de esta lista con la ayuda de un equipo de médicos y farmacéuticos. La lista debe cumplir con los requisitos establecidos por Medicare. Medicare ha aprobado la "Lista de Medicamentos" de RiverSpring Star (HMO I-SNP).

También, la "Lista de Medicamentos" le informa si existen normas que restringen la cobertura para sus medicamentos.

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

Le brindaremos una copia de la "Lista de Medicamentos". Para obtener la información más completa y actualizada acerca de qué medicamentos están cubiertos, visite el sitio web del plan (www.RiverSpringHealthPlans.org) o llame al Departamento de Servicios para Miembros.

SECCIÓN 4 Sus costos mensuales para RiverSpring Star (HMO I-SNP)

Sus costos pueden incluir lo siguiente:

- Prima del plan (Sección 4.1).
- Prima mensual de la Parte B de Medicare (Sección 4.2).
- Prima opcional de beneficios complementarios (Sección 4.3).
- Multa por inscripción tardía de la Parte D (Sección 4.4).
- Monto de ajuste mensual por ingresos (Sección 4.5).

En algunas situaciones, la prima de su plan podría ser menor

Existen programas para ayudar a las personas con recursos limitados a pagar sus medicamentos. Entre estos se incluyen, por ejemplo, el programa “Ayuda adicional” y los Programas estatales de ayuda para medicamentos. La Sección 7 del Capítulo 2 proporciona más información sobre estos programas. Si usted cumple con los requisitos, inscribirse en el programa podría reducir su prima mensual del plan.

Si *ya está inscrito* y obtiene ayuda de alguno de estos programas, **es posible que la información sobre las primas en esta Evidencia de Cobertura no sea aplicable para usted.** Le hemos enviado un anexo por separado, denominado “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 usted no tiene este anexo, llame al Departamento de Servicios para Miembros y pida el “Anexo LIS”.

Las primas de Medicare de la Parte B y de la Parte D varían para las personas con ingresos diferentes. Si tiene dudas sobre estas primas, revise la sección denominada *Costos de Medicare 2024* en su copia del manual *Medicare y Usted 2024*. Si necesita una copia, puede descargarla del sitio web de Medicare (www.medicare.gov). O puede solicitar una copia impresa por teléfono 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.

Sección 4.1 Prima del plan

Como miembro de nuestro plan, usted paga una prima mensual del plan. Para 2024, la prima mensual de RiverSpring Star (HMO I-SNP) es de \$48,70.

Sección 4.2 Prima mensual de la Parte B de Medicare

A muchos miembros se les exige pagar otras primas de Medicare

Además de pagar la prima mensual del plan, **debe continuar pagando sus primas de Medicare para seguir siendo miembro del plan.** Esto incluye su prima de la Parte B. Puede que

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

también incluya una prima para la Parte A que afecta a los miembros que no son elegibles para la Parte A sin prima.

Sección 4.3 Multa por inscripción tardía de la Parte D

Algunos miembros deben pagar una **multa por inscripción tardía** de la Parte D. La multa por inscripción tardía en la Parte D es una prima adicional que debe pagarse por la cobertura de la Parte D si, en algún momento después de la finalización del período de inscripción inicial, hay un período de 63 días consecutivos o más donde no tuvo la cobertura de la Parte D ni ninguna otra cobertura válida para medicamentos con receta. Una cobertura válida para medicamentos con receta es aquella que cumple con los estándares mínimos de Medicare, ya que se espera que pague, en promedio, al menos la misma cantidad que se paga en la cobertura estándar de medicamentos con receta de Medicare. El costo de la multa por inscripción tardía dependerá de cuánto tiempo pasó sin la cobertura de la Parte D o sin otra cobertura válida para medicamentos con receta. Deberá pagar esta multa durante el tiempo que tenga cobertura de la Parte D.

La multa por inscripción tardía de la Parte D se agrega a su prima mensual. Cuando se inscriba por primera vez en RiverSpring Star (HMO I-SNP), le informaremos el monto de la multa.

No tendrá que pagarla si:

- Usted recibe “Ayuda Adicional” por parte de Medicare para el pago de sus medicamentos con receta;
 - ha pasado menos de 63 días seguidos sin cobertura válida;
 - ha tenido una cobertura válida de medicamentos a través de otra fuente, como un antiguo empleador, sindicato, TRICARE o el Departamento de Asuntos de los Veteranos. Su compañía aseguradora o el departamento de recursos humanos le informarán todos los años si su cobertura de medicamentos es una cobertura válida. Es posible que esta información se le envíe en una carta o que se incluya en un boletín informativo enviado por el plan. Conserve esta información ya que es posible que la necesite si se une a un plan de medicamentos de Medicare más adelante.
- **Nota:** Todo aviso debe indicar que usted tenía una cobertura válida de medicamentos con receta que se espera que pague tanto como paga el plan de medicamentos con receta estándar de Medicare.
 - **Nota:** Los siguientes *no constituyen* una cobertura válida para medicamentos con receta: tarjetas de descuento para medicamentos con receta, clínicas gratuitas y sitios web de descuento en medicamentos.

Medicare determina el monto de la multa. A continuación, se indica cómo funciona:

- Si pasó 63 días o más sin la Parte D u otra cobertura válida de medicamentos con receta después de ser elegible por primera vez para inscribirse en la Parte D, el plan contará la cantidad de meses completos que no tuvo cobertura. La multa es del 1% por cada mes que no tuvo una cobertura válida. Por ejemplo, si está 14 meses sin cobertura, la multa será del 14%.
- Luego, Medicare determina el monto promedio de la prima mensual del plan para los planes de medicamentos de Medicare a nivel nacional desde el año anterior. Para 2024, el monto promedio de la prima es de \$34,70.

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

- Para calcular su multa mensual, debe multiplicar el porcentaje de la multa por el promedio de la prima mensual del plan y, luego, redondearlo al valor de 10 centavos más próximo. En el ejemplo siguiente, sería 14% multiplicado por \$34,70, que da \$4,85. Esto debe redondearse a \$4,90. Este monto se agregaría **a la prima mensual en el caso de una persona con una multa por inscripción tardía de la Parte D.**

Hay tres cosas importantes que cabe destacar sobre la multa por inscripción tardía de la Parte D mensual:

- Primero, **es posible que la multa cambie todos los años**, ya que el promedio de la prima mensual puede cambiar todos los años.
- Segundo, **continuará pagando una multa** todos los meses durante el tiempo que esté inscrito en un plan que cuente con los beneficios de medicamentos de la Parte D de Medicare, incluso si cambia de plan.
- Tercero, si tiene menos de 65 años y recibe actualmente beneficios de Medicare, la multa por inscripción tardía de la Parte D se reiniciará cuando cumpla 65 años. Después de los 65 años, la multa por inscripción tardía de la Parte D se basará únicamente en los meses en los que no tenga cobertura después de su período de inscripción inicial para la tercera edad en Medicare.

Si no está de acuerdo con su multa por inscripción tardía de la Parte D, usted o su representante pueden solicitar una revisión. Por lo general, debe solicitar esta revisión **dentro de los 60 días** a partir de la fecha consignada en la primera carta que recibe en la que se indica que debe pagar una multa por inscripción tardía. Sin embargo, si usted ya pagaba una multa antes de unirse a nuestro plan, es posible que no tenga otra oportunidad para solicitar la revisión de esa multa por inscripción tardía.

Sección 4.4 Monto de ajuste mensual por ingresos

Es posible que algunos miembros deban pagar un cargo adicional, conocido como "monto de ajuste mensual por ingresos de la Parte D", también llamado IRMAA, por sus siglas en inglés. El cargo adicional se calcula utilizando su ingreso bruto ajustado modificado según lo informado en su declaración de impuestos del IRS de hace 2 años. Si este monto supera cierto monto, pagará el monto de la prima estándar y el IRMAA adicional. Para obtener más información acerca del monto adicional que posiblemente deba pagar según sus ingresos, visite <https://www.medicare.gov/drug-coverage-part-d/costs-for-medicare-drug-coverage/monthly-premium-for-drug-plans>.

Si tiene que pagar un monto adicional, el seguro social, no su plan de Medicare, le enviará una carta en la que se le informará la suma del monto adicional. El monto adicional se retendrá de su cheque de beneficios del Seguro Social, de la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios o de la Oficina de Administración de Personal, independientemente de cómo suela pagar su prima del plan, salvo que su beneficio mensual no alcance para cubrir el monto adicional adeudado. Si su cheque de beneficios no alcanza para cubrir el monto adicional, recibirá una factura por parte de Medicare. **Debe pagar el monto adicional al gobierno. No puede pagarse con su prima mensual del plan. Si usted no paga el monto adicional, se cancelará su inscripción en el plan y perderá la cobertura de medicamentos con receta.**

Si no está de acuerdo con pagar un monto adicional debido a sus ingresos, puede solicitar al seguro social que revise la decisión. Para obtener más información al respecto, comuníquese con la oficina del seguro social al 1-800-772-1213 (TTY 1-800-325-0778).

SECCIÓN 5 Más información sobre su prima mensual

Sección 5.1 Hay varias formas en las que puede pagar la prima de su plan

Hay dos formas en las que puede pagar las primas de su plan.

Opción 1: Pagar con cheque

RiverSpring Star (HMO I-SNP) le enviará una factura todos los meses. Devuelva la copia de la factura y un cheque o giro postal pagadero a: **RiverSpring Star (HMO I-SNP)**, en el sobre con franqueo pago proporcionado, dentro de 30 días hábiles, o antes del día 15 del próximo mes luego de recibir la factura. Si pierde el sobre con franqueo pago, puede solicitar otro al Departamento de Servicios para Miembros o puede enviarnos su pago por correo postal a:

RiverSpring Star (HMO I-SNP)
Attn: Member Services
80 West 225th Street
Bronx, New York 10463

No envíe dinero en efectivo, solo podemos aceptar cheques o giros postales.

Opción 2: Le pueden descontar la prima del plan de su cheque mensual del seguro social

Le pueden descontar la prima del plan de su cheque mensual del seguro social. Comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros para obtener más información sobre cómo pagar la prima de su plan de esta manera. Con gusto lo ayudaremos a establecer esta modalidad. (Los números de teléfono del Departamento de Servicios para Miembros aparecen en la contraportada de este manual).

Cómo cambiar la forma en que paga la prima de su plan. Si decide modificar la opción de pago de la prima de su plan, puede demorar hasta tres meses que su nuevo método de pago entre en vigencia. Mientras procesamos su solicitud para un nuevo método de pago, usted es responsable de garantizar que la prima de su plan se pague puntualmente. Para cambiar su método de pago, llame al Departamento de Servicios para Miembros al 1-800-580-7000.

Qué debe hacer si tiene problemas para pagar la prima de su plan

Debe pagar la prima de su plan antes del día 15 de cada mes. Si no hemos recibido su pago antes del día 15 del mes, le enviaremos un aviso para informarle que su membresía será cancelada si no recibimos el pago de su prima dentro de 30 días. Si se le exige una multa por inscripción tardía de la Parte D, tiene que pagarla para conservar su cobertura de medicamentos con receta.

Si tiene problemas para pagar la prima puntualmente, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros para evaluar qué programas le pueden ayudar a pagar los costos.

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

Si cancelamos su membresía porque no pagó su prima, tendrá cobertura médica mediante Original Medicare. Además, no podrá recibir cobertura de la Parte D hasta el año próximo si se inscribe en un plan nuevo durante el período de inscripción anual. (Si pasa más de 63 días sin una cobertura de medicamentos válida, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D mientras que tenga cobertura de la Parte D).

Una vez finalizada su membresía, es posible que aún nos deba las primas que no pagó. Tenemos derecho a exigir el cobro del monto que usted adeude. En el futuro, si desea inscribirse nuevamente en nuestro plan (o en otro plan que ofrezcamos), tendrá que pagar el monto que adeuda antes de inscribirse.

Si cree que hemos cancelado su membresía por error, puede presentar un reclamo (también llamada queja formal); consulte el Capítulo 9 para saber cómo presentar un reclamo. Si se presentó una circunstancia de emergencia fuera de su control que le imposibilitó pagar sus primas del plan dentro del período de gracia, usted puede presentar un reclamo. En caso de reclamos, revisaremos nuestra decisión nuevamente.

La Sección 10 del Capítulo 9 de este documento explica cómo presentar un reclamo. O bien, puede llamarnos al 1-800-580-7000 entre las 8:00 a.m. y las 8:00 p.m., hora del este. Los usuarios de TTY deben llamar al 711. Debe realizar su solicitud en el plazo de 60 días después de la fecha de finalización de su membresía.

Sección 5.2	¿Podemos modificar su prima mensual del plan durante el año?
--------------------	---

No. No tenemos permitido cambiar el monto que cobramos para la prima mensual del plan durante el año. Si la prima mensual del plan cambia el año próximo, se lo informaremos en septiembre y el cambio entrará en vigencia el 1 de enero.

No obstante, en algunos casos, la parte de la prima que tiene que pagar puede cambiar durante el año. Esto ocurre si es elegible para el programa “Ayuda Adicional” o si pierde elegibilidad para el programa “Ayuda Adicional” durante el año. Si un miembro reúne los requisitos para el programa “Ayuda Adicional” con los costos de los medicamentos con receta, el programa “Ayuda Adicional” pagará parte de la prima mensual del plan del miembro. Un miembro que pierde elegibilidad durante el año necesitará comenzar a pagar su prima mensual total. Puede encontrar más información sobre el programa “Ayuda Adicional” en la Sección 7 del Capítulo 2.

SECCIÓN 6 Manteniendo actualizado su registro de membresía del plan

Su registro de membresía tiene información de su formulario de inscripción, como su dirección y número de teléfono. Muestra la cobertura específica de su plan, incluido su proveedor de atención primaria/grupo médico.

Los médicos, hospitales, farmacéuticos y otros proveedores de la red del plan deben tener información correcta sobre usted. **Estos proveedores de la red utilizan su registro de membresía para saber qué servicios y medicamentos están cubiertos y los montos de los costos compartidos para usted.** Por este motivo, es muy importante que nos ayude a mantener su información actualizada.

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

Infórmenos sobre estos cambios:

- Cambios en su nombre, dirección o número de teléfono.
- Cambios de cualquier otra cobertura de seguro de salud que tenga (como por ejemplo, de su empleador, el empleador de su cónyuge o pareja de hecho, compensación laboral o Medicaid).
- Si tiene alguna reclamación de responsabilidad, como reclamaciones por un accidente automovilístico.
- Si ha ingresado en un hogar de convalecencia.
- Si recibe atención en un hospital o sala de emergencias fuera del área o fuera de la red.
- Si cambia su parte responsable designada (como por ejemplo, un cuidador).
- Si está participando de un estudio de investigación clínica (**Nota:** Usted no está obligado a informar a su plan sobre los estudios de investigación clínica en los que desea participar, pero le recomendamos que lo haga).

Si algo de esta información cambia, infórmenos llamando al Departamento de Servicios para Miembros.

Si se muda o cambia de dirección postal, es importante que se comuniquen con el seguro social para informarlo. Podrá encontrar números de teléfono e información de contacto del seguro social en la Sección 5 del Capítulo 2.

SECCIÓN 7 Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan

Otros seguros

Medicare exige que recopilemos información sobre cualquier otro seguro médico o de medicamentos que usted tenga. Esto se debe a que tenemos que coordinar cualquier otro tipo de cobertura que tenga con sus beneficios de nuestro plan. Esto se llama **coordinación de beneficios**.

Una vez por año, le enviaremos una carta que incluye cualquier otro tipo de cobertura de seguro de medicamentos o médica que conocemos. Revise esta información detalladamente. Si es correcta, no debe hacer nada. Si la información es incorrecta o si tiene otra cobertura que no está incluida, llame al Departamento de Servicios para Miembros. Es posible que necesite darles su número de miembro del plan a otras compañías de seguro (una vez que haya confirmado su identidad) para que sus facturas se paguen correcta y puntualmente.

Si usted tiene otro seguro (como la cobertura del seguro de salud colectivo para empleados), Medicare tiene normas que establecen si usted pagará primero nuestro plan o su otro seguro. El seguro que paga primero se denomina “pagador primario” y paga hasta los límites de esta cobertura. Quien paga en segundo lugar, llamado “pagador secundario”, solo paga si llegara a haber cargos no cubiertos por la cobertura primaria. Es posible que el pagador secundario no pague todos los costos no cubiertos. Si tiene otro seguro, infórmele a su médico, hospital y a su farmacia.

Estas normas aplican al seguro de salud colectivo para empleados o del sindicato:

- Si tiene cobertura como jubilado, Medicare paga primero.

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

- Si su cobertura del plan de salud colectivo se basa en su actual empleo o en el empleo actual de uno de sus parientes, quién pagará primero depende de su edad, de la cantidad de personas empleadas por el empleador y de si está inscrito en Medicare según edad, discapacidad o enfermedad renal terminal (ESRD, en inglés):
 - Si tiene menos de 65 años de edad y es discapacitado y usted o un familiar suyo aún trabajan, su plan de salud colectivo paga primero si el empleador tiene 100 o más empleados o al menos un empleador en un plan de varios empleadores que tenga más de 100 empleados.
 - Si tiene más de 65 años de edad y usted o su cónyuge o pareja de hecho aún trabajan, su plan de salud colectivo paga primero si el empleador tiene 20 o más empleados o al menos un empleador en un plan de varios empleadores que tenga más de 20 empleados.
- Si está inscrito en Medicare por padecer ESRD, su plan de salud colectivo pagará primero durante los 30 primeros meses a partir del momento en que cumpla los requisitos para ser beneficiario de Medicare.

Estos tipos de cobertura suelen pagar primero los servicios relacionados con cada tipo:

- Seguro contra todo riesgo (incluido el seguro del automóvil).
- Responsabilidad legal (incluido el seguro del automóvil).
- Beneficios por neumoconiosis.
- Compensación laboral.

Medicaid y TRICARE nunca pagan primero por los servicios cubiertos por Medicare. Solo pagan después que haya pagado Medicare, los planes de salud colectivos para empleados o Medigap.

CAPÍTULO 2:

*Números de teléfono
y recursos importantes*

SECCIÓN 1 Contactos de RiverSpring Star (HMO I-SNP) **(cómo contactarnos y cómo comunicarse con el** **Departamento de Servicios para Miembros)**

Cómo comunicarse con el Departamento de Servicios para Miembros de nuestro plan

Para obtener asistencia por consultas sobre reclamaciones, facturación o la tarjeta de membresía, llame o escriba al Departamento de Servicios para Miembros de RiverSpring Star (HMO I-SNP). Con gusto lo ayudaremos.

Método	Departamento de Servicios para Miembros: Información de contacto
LLAME AL	1-800-580-7000 Las llamadas a este número son gratuitas, los 7 días de la semana, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del este. El Departamento de Servicios para Miembros también cuenta con servicios gratuitos de interpretación de idiomas disponibles para las personas que no hablan inglés.
TTY	711 Este número requiere el uso de un equipo de teléfono especial y solo debe ser utilizado por personas con problemas auditivos o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas, los 7 días de la semana, durante las 24 horas del día.
ESCRIBA A	RiverSpring Star (HMO I-SNP) 80 West 225 th Street Bronx, New York 10463
SITIO WEB	www.RiverSpringHealthPlans.org

Cómo comunicarse con nosotros para solicitar una decisión de cobertura o una apelación sobre su atención médica

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos sobre sus beneficios y cobertura o sobre el monto que pagaremos por sus servicios médicos o medicamentos con receta de la Parte D. Una apelación es una manera formal de solicitarnos que revisemos y cambiemos una decisión de cobertura que hayamos tomado. Para obtener más información acerca de cómo solicitar decisiones de cobertura o apelaciones sobre sus medicamentos con receta de la Parte D, consulte el Capítulo 9 (*decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos*).

Método	Decisiones de cobertura y apelaciones por atención médica: Información de contacto
LLAME AL	1-800-580-7000 Las llamadas a este número son gratuitas, los 7 días de la semana, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del este.

Método	Decisiones de cobertura y apelaciones por atención médica: Información de contacto
TTY	711 Este número requiere el uso de un equipo de teléfono especial y solo debe ser utilizado por personas con problemas auditivos o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas, los 7 días de la semana, durante las 24 horas del día.
ESCRIBA A	RiverSpring Star (HMO I-SNP) 80 West 225th Street Bronx, New York 10463
SITIO WEB	www.RiverSpringHealthPlans.org

Método	Decisiones de cobertura para los medicamentos con receta de la Parte D: Información de contacto
LLAME AL	1-800-935-6103 Las llamadas a este número son gratuitas durante las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
TTY	1-800-716-3231 Este número requiere el uso de un equipo de teléfono especial y solo debe ser utilizado por personas con problemas auditivos o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas durante las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
FAX	1-877-251-5896
ESCRIBA A	Express Scripts Attn: Medicare Reviews P.O. Box 66571 St. Louis, MO 63166-6571
SITIO WEB	www.express-scripts.com

Método	Apelaciones para los medicamentos con receta de la Parte D: Información de contacto
LLAME AL	1-800-935-6103 Las llamadas a este número son gratuitas durante las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Método	Apelaciones para los medicamentos con receta de la Parte D: Información de contacto
TTY	1-800-716-3231 Este número requiere el uso de un equipo de teléfono especial y solo debe ser utilizado por personas con problemas auditivos o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas durante las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
FAX	1-877-251-5896
ESCRIBA A	Express Scripts Attn: Medicare Appeals P.O. Box 66588 St. Louis, MO 63166-6571
SITIO WEB	www.express-scripts.com

Cómo comunicarse con nosotros para presentar un reclamo sobre su atención médica

Puede presentar reclamos ante nosotros o ante uno de nuestros proveedores de la red, incluidos los reclamos sobre la calidad de su atención. Este tipo de reclamo no implica controversias de cobertura o pago. Para obtener más información acerca de cómo presentar un reclamo por su atención médica, consulte el Capítulo 9 (*Qué hacer si tiene un problema o reclamo [decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos]*).

Método	Reclamos relacionados con la atención médica: Información de contacto
LLAME AL	1-800-580-7000 Las llamadas a este número son gratuitas, los 7 días de la semana, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del este.
TTY	711 Este número requiere el uso de un equipo de teléfono especial y solo debe ser utilizado por personas con problemas auditivos o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas, los 7 días de la semana, durante las 24 horas del día.
ESCRIBA A	RiverSpring Star (HMO I-SNP) 80 West 225 th Street Bronx, New York 10463
SITIO WEB DE MEDICARE	Puede presentar un reclamo sobre RiverSpring Star (HMO I-SNP) directamente a Medicare. Para presentar un reclamo en línea a Medicare, visite www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx .

Método	Reclamos sobre los medicamentos con receta de la Parte D: Información de contacto
LLAME AL	1-844-670-8836 Las llamadas a este número son gratuitas durante las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
TTY	1-800-899-2114 Este número requiere el uso de un equipo de teléfono especial y solo debe ser utilizado por personas con problemas auditivos o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas, los 7 días de la semana, durante las 24 horas del día.
ESCRIBA A	Express Scripts Grievance Resolution Team P.O. Box 3610 Dublin, OH 43016-0307
SITIO WEB DE MEDICARE	Puede presentar un reclamo sobre RiverSpring Star (HMO I-SNP) directamente a Medicare. Para hacer un reclamo en línea a Medicare, visite www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx .

Dónde enviar una solicitud para pedirnos que paguemos nuestra parte del costo para la atención médica o para un medicamento que ha recibido

Si recibió una factura o pagó por servicios (como una factura de un proveedor) que cree que deberíamos pagar, es posible que deba solicitarnos un reembolso o el pago de la factura del proveedor. Consulte el Capítulo 7 (*Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura que recibió por servicios médicos o medicamentos cubiertos*).

Tenga en cuenta lo siguiente: Si nos envía una solicitud de pago y rechazamos cualquier parte de su solicitud, puede presentar una apelación sobre nuestra decisión. Consulte el Capítulo 9 (*Qué hacer si tiene un problema o reclamo [decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos]*) para obtener más información.

Método	Solicitudes de pago: Información de contacto
LLAME AL	1-800-580-7000 Las llamadas a este número son gratuitas, los 7 días de la semana, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del este.
TTY	711 Este número requiere el uso de un equipo de teléfono especial y solo debe ser utilizado por personas con problemas auditivos o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas, los 7 días de la semana, durante las 24 horas del día.

Método	Solicitudes de pago: Información de contacto
ESCRIBA A	RiverSpring Star (HMO I-SNP) 80 West 225 th Street Bronx, New York 10463
SITIO WEB	www.RiverSpringHealthPlans.org

Método	Solicitudes de pago para los medicamentos con receta de la Parte D: Información de contacto
LLAME AL	1-800-580-7000 Las llamadas a este número son gratuitas, los 7 días de la semana, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del este.
TTY	711 Este número requiere el uso de un equipo de teléfono especial y solo debe ser utilizado por personas con problemas auditivos o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas, los 7 días de la semana, durante las 24 horas del día.
FAX	1-608-741-5483
ESCRIBA A	Express Scripts Attn: Medicare Part D PO Box 14718 Lexington, KY 40512-4718
SITIO WEB	www.express-scripts.com

SECCIÓN 2 Medicare (cómo obtener ayuda e información directamente del programa federal de Medicare)

Medicare es el programa federal de seguros de salud destinado a personas mayores de 65 años de edad, determinadas personas menores de 65 años de edad con discapacidades y personas que padecen enfermedad renal terminal (insuficiencia renal permanente que requiere diálisis o trasplante de riñón).

La agencia federal a cargo de Medicare son los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (a veces se denominan “CMS”). Esta agencia celebra contratos con organizaciones de Medicare Advantage, entre las que nos encontramos nosotros.

Método	Medicare: Información de contacto
LLAME AL	1-800-MEDICARE o 1-800-633-4227 La llamada a este número es gratuita. Las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
TTY	1-877-486-2048 Este número requiere el uso de un equipo de teléfono especial y solo debe ser utilizado por personas con problemas auditivos o del habla. La llamada a este número es gratuita.
SITIO WEB	<p>www.medicare.gov Este es el sitio web gubernamental oficial de Medicare. Contiene información actualizada y temas de actualidad relacionados con Medicare. También ofrece información sobre hospitales, hogares de atención médica especializada, médicos, agencias de atención médica a domicilio y centros de diálisis. Incluye documentos que puede imprimir directamente desde su computadora. También puede encontrar los números de contacto de Medicare en su estado.</p> <p>El sitio web de Medicare también contiene información detallada sobre las opciones de elegibilidad e inscripción de Medicare a través de las siguientes herramientas:</p> <ul style="list-style-type: none">• Calculadora de elegibilidad de Medicare: Proporciona información sobre el estado de elegibilidad para Medicare.• Buscador de planes de Medicare: Proporciona información personalizada sobre las pólizas disponibles de los planes de medicamentos con receta de Medicare, los planes médicos de Medicare y Medigap (seguro complementario de Medicare) en su área. Estas herramientas proporcionan un valor <i>estimativo</i> de sus gastos de bolsillo según los diferentes planes de Medicare. <p>También puede usar el sitio web para presentar a Medicare cualquier reclamo que tenga sobre RiverSpring Star (HMO I-SNP):</p> <ul style="list-style-type: none">• Reporte su reclamo a Medicare: Puede presentar un reclamo sobre RiverSpring Star (HMO I-SNP) directamente a Medicare. Para presentar un reclamo ante Medicare, visite www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. Medicare se toma en serio sus reclamos y usará esta información para ayudar a mejorar la calidad del programa Medicare. <p>Si no tiene una computadora, su biblioteca o centro para adultos mayores locales pueden permitirle que visite este sitio web desde sus computadoras. O bien, puede llamar a Medicare e indicar qué información busca. Ellos encontrarán la información en el sitio web y la revisarán con usted. (Puede llamar a Medicare 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).</p>

SECCIÓN 3 Programa estatal de asistencia en seguros de salud (ayuda gratuita, información y respuestas a sus preguntas sobre Medicare)

El Programa Estatal de Asistencia en Seguros de Salud (SHIP) 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).

HIICAP es un programa estatal independiente (no está relacionado con ninguna compañía de seguros ni plan de salud) que recibe fondos del gobierno federal para brindar asesoramiento gratuito sobre los seguros de salud en su localidad a las personas que están inscritas en Medicare.

Los asesores de HIICAP pueden ayudarlo a entender sus derechos en Medicare, a presentar reclamos relacionados a su atención o tratamiento médico y a resolver los problemas con las facturas de Medicare. Los asesores de HIICAP también pueden ayudarlo con preguntas o problemas relacionados con Medicare y ayudarlo a entender sus opciones de planes de Medicare y responder a preguntas sobre el cambio de planes.

MÉTODO PARA ACCEDER A SHIP y OTROS RECURSOS:

- Visite <https://www.shiphelp.org> (haga clic en SHIP LOCATOR en el centro de la página)
- Seleccione su ESTADO en la lista. Esta acción le llevará a una página con números de teléfono y recursos específicos para su estado.

Método	Programa de asistencia, asesoría e información sobre seguros de salud (HIICAP, en inglés) de la Oficina de la Tercera Edad: (SHIP de Nueva York): Información de contacto
LLAME AL	1-800-701-0501
TTY	212-504-4115 Este número requiere el uso de un equipo de teléfono especial y solo debe ser utilizado por personas con problemas auditivos o del habla.

Método	Programa de asistencia, asesoría e información sobre seguros de salud (HIICAP, en inglés) de la Oficina de la Tercera Edad: (SHIP de Nueva York): Información de contacto
ESCRIBA A	<p><i>Ciudad de Nueva York</i> Health Insurance Information Counseling and Assistance Program 2 Lafayette Street 7th Floor New York, NY 10007-1392</p> <p><i>Condado de Nassau</i> Nassau County HIICAP Office 100 E Old Country Road, Suite 18 Mineola, NY 11501</p> <p><i>Condado de Westchester</i> Department of Senior Programs & Services 9 South First Avenue, 10th Floor Mt. Vernon, NY 10550</p>
SITIO WEB	<p>https://aging.ny.gov/health-insurance-information-counseling-and-assistance</p>

SECCIÓN 4 Organización para la mejora de la calidad

Existe una Organización para la Mejora de la Calidad designada para prestar servicio a los beneficiarios de Medicare en todos los estados. En Nueva York, la Organización para la Mejora de la Calidad se llama Livanta.

Livanta cuenta con un grupo de médicos y otros profesionales de salud que reciben una remuneración de Medicare para controlar y ayudar a mejorar la calidad de la asistencia a los usuarios de Medicare. Livanta *es* una organización independiente. No está relacionada con nuestro plan.

Debe comunicarse con Livanta ante cualquiera de estas situaciones:

- Tiene una queja relacionada con la calidad de la atención que recibió.
- Considera que la cobertura de su hospitalización finaliza demasiado pronto.
- Considera que la cobertura para atención médica a domicilio, atención en centros de asistencia médica especializada o servicios en Centros de Rehabilitación Integral para Pacientes Externos (CORF, en inglés) finaliza demasiado pronto.

Método	Livanta: (Organización para la Mejora de la Calidad del Estado de Nueva York): Información de contacto
LLAME AL	1-866-815-5440 Horario de atención: Lunes a viernes: de 9:00 a.m a 5:00 p.m. Fines de semana/feriados: de 11:00 a.m a 3:00 p.m.
TTY	1-866-868-2289 Este número requiere el uso de un equipo de teléfono especial y solo debe ser utilizado por personas con problemas auditivos o del habla.
ESCRIBA A	Livanta LLC BFCC-QIO Program 10820 Guilford Road, Suite 202 Annapolis Junction, MD 20701
SITIO WEB	https://livantaqio.com/

SECCIÓN 5 Seguro social

El seguro social es responsable de determinar la elegibilidad y de gestionar las inscripciones en Medicare. Los ciudadanos estadounidenses o residentes permanentes legales mayores de 65 años de edad, o que padezcan una discapacidad o una enfermedad renal terminal y cumplan con determinadas condiciones, son elegibles para Medicare. Si ya recibe cheques del seguro social, la inscripción en Medicare es automática. Si no recibe cheques del seguro social, debe inscribirse en Medicare. Para solicitar la cobertura de Medicare, puede llamar al seguro social o dirigirse a su oficina local del seguro social.

El seguro social también se encarga de determinar quién tiene que pagar un monto adicional para la cobertura de medicamentos de la Parte D por tener ingresos superiores. Si recibió una carta del seguro social en la que se le informa que debe pagar un monto adicional y tiene preguntas sobre el monto o si sus ingresos disminuyeron debido a un suceso importante en su vida, puede llamar al seguro social para solicitar una revisión.

Si se muda o cambia de dirección postal, es importante que se comunique con el seguro social para informárselo.

Método	Seguro social: Información de contacto
LLAME AL	1-800-772-1213 La llamada a este número es gratuita. Disponibles de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 7:00 p.m. Puede usar los servicios telefónicos automáticos del seguro social para obtener información grabada y realizar gestiones durante las 24 horas del día.

Método	Seguro social: Información de contacto
TTY	1-800-325-0778 Este número requiere el uso de un equipo de teléfono especial y solo debe ser utilizado por personas con problemas auditivos o del habla. La llamada a este número es gratuita. Disponibile de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 7:00 p.m.
SITIO WEB	www.ssa.gov

SECCIÓN 6 Medicaid

Medicaid es un programa conjunto del gobierno federal y estatal que brinda ayuda con los gastos médicos a ciertas personas con ingresos y recursos limitados. Determinadas personas que están inscritas en Medicare también son elegibles para Medicaid. Los programas ofrecidos a través de Medicaid ayudan a los usuarios de Medicare a pagar sus gastos de Medicare, como las primas de Medicare. Estos **programas de ahorro de Medicare** incluyen:

- **Beneficiario calificado de Medicare (QMB, en inglés):** 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 totales de Medicaid [QMB+]).
- **Beneficiario de Medicare con ingreso bajo especificado (SLMB, en inglés):** Ayuda a pagar las primas de la Parte B. (Algunas personas con SLMB también son elegibles para los beneficios totales de Medicaid [SLMB+]).
- **Persona calificada (QL, en inglés):** Ayuda a pagar las primas de la Parte B.
- **Trabajadores discapacitados calificados (QDWI, en inglés):** ayuda a pagar las primas de la Parte A.

Para obtener más información acerca de Medicaid y sus programas, comuníquese con el Departamento de Salud del Estado de Nueva York (Servicios Sociales).

Método	Departamento de Salud del estado de Nueva York (Servicios Sociales) - Información de contacto
LLAME AL	Línea de ayuda de Recursos Humanos de Medicaid: 1-888-692-6116 Ciudad de Nueva York: 718-557-1399 Disponibile de lunes a viernes, de 9:00 a.m. a 5:00 p.m. Condado de Nassau: 516-227-8000 Disponibile de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 4:00 p.m. Condado de Westchester: 914-995-3333 Disponibile de lunes a viernes, de 8:30 a.m. a 5:00 p.m.

Método	Departamento de Salud del estado de Nueva York (Servicios Sociales) - Información de contacto
ESCRIBA A	New York City Human Resources Administration Medical Assistance Program Correspondence Unit 785 Atlantic Avenue, 1st Floor Brooklyn, NY 11238 Nassau County Department of Social Services 60 Charles Lindbergh Boulevard Uniondale, NY 11553 Westchester County Department of Social Services White Plains District Office 85 Court Street White Plains, NY 10601
SITIO WEB	https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/ldss.htm

SECCIÓN 7 Información acerca de programas que ayudan a las personas a pagar sus medicamentos con receta

El sitio web Medicare.gov (<https://www.medicare.gov/drug-coverage-part-d/costs-for-medicare-drug-coverage/costs-in-the-coverage-gap/5-ways-to-get-help-with-prescription-costs>) tiene información sobre cómo reducir los costos de sus medicamentos con receta. Para las personas con ingresos limitados, también existen otros programas de ayuda, que se detallan a continuación.

Programa “Ayuda Adicional” de Medicare

Medicare ofrece “Ayuda Adicional” para pagar los costos de los medicamentos con receta para personas que tienen ingresos y recursos limitados. Los recursos incluyen sus ahorros y acciones de la bolsa de valores, pero no su casa ni su automóvil. Si cumple con los requisitos, obtendrá ayuda para pagar la prima mensual de cualquier plan de medicamentos de Medicare, el deducible anual y los copagos de los medicamentos con receta. Esta “Ayuda Adicional” también cuenta para sus gastos de bolsillo.

Si usted cumple con los requisitos para recibir “Ayuda Adicional” automáticamente, Medicare le enviará una carta por correo. No necesita postularse. Si no cumple con los requisitos automáticamente, es posible que pueda obtener “Ayuda Adicional” para pagar las primas y los costos de sus medicamentos con receta. Para comprobar si cumple con los requisitos para obtener “Ayuda Adicional”, llame al:

- 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048, disponible 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. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778 (solicitudes); o
- su oficina estatal de Medicaid (solicitudes) (consulte la Sección 6 de este capítulo para obtener información de contacto).

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos importantes

Si considera que ha reunido los requisitos para obtener la “Ayuda Adicional” y que está pagando un monto incorrecto correspondiente a los costos compartidos cuando adquiere un medicamento con receta en la farmacia, nuestro plan ha establecido un proceso que le permite solicitar ayuda para obtener evidencia que demuestre cuál es su nivel de copago correcto, o proporcionarla a nuestro plan en caso de que ya cuente con ella.

- Envíe una copia de uno de los siguientes documentos al Departamento de Servicios para Miembros como evidencia de que califica para la Ayuda Adicional. La dirección del Departamento de Servicios para Miembros figura al principio de este capítulo. Envíe una copia de uno de los siguientes documentos:
 - Carta de adjudicación de la Ayuda Adicional por parte del Seguro Social.
 - Una carta de "información importante" de la SSA que confirme que usted es “automáticamente elegible para la Ayuda Adicional”.
 - Una vez recibida la copia, confirmaremos su nivel de copago de Ayuda Adicional con Medicare.
 - Si no puede encontrar la documentación de respaldo, le ayudaremos a obtener pruebas; esto incluye comunicarnos con Medicare en su nombre para determinar el nivel de copago correcto.
- Cuando recibamos la evidencia que demuestre su nivel de copago, actualizaremos nuestro sistema para que pueda abonar el copago correcto cuando adquiera su próximo medicamento con receta en la farmacia. Si el copago que abona es superior a lo que le corresponde pagar, le reembolsaremos la diferencia. Le enviaremos un cheque por el monto del pago en exceso o lo compensaremos mediante copagos futuros. Si la farmacia no le ha cobrado el copago y lo tiene registrado como una deuda, es posible que efectuemos el pago directamente a la farmacia. Si el estado pagó en su nombre, es posible que le paguemos directamente al estado. Si tiene preguntas, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros.

¿Qué sucede si tiene cobertura de un Programa Estatal de Ayuda para Medicamentos (SPAP, en inglés)?

Muchos estados y las Islas Vírgenes de los Estados Unidos ofrecen ayuda para pagar recetas, primas de planes de medicamentos y/u otros costos de medicamentos. Si está inscrito en un Programa Estatal de Ayuda para Medicamentos (SPAP, en inglés) o en cualquier otro programa que brinde cobertura para los medicamentos de la Parte D (que no sea el programa de “Ayuda adicional”), continuará recibiendo el descuento del 70% en todos los medicamentos de marca cubiertos. Además, el plan paga el 5% de los costos de los medicamentos de marca durante la brecha de cobertura. El 70% de descuento y el 5% que paga el plan se aplican al precio del medicamento antes de aplicar la cobertura del SPAP u otra cobertura.

¿Qué sucede si tiene cobertura de un Programa de Asistencia de Medicamentos para el SIDA (ADAP)? ¿Qué es el Programa de Asistencia de Medicamentos para el SIDA (ADAP)?

El Programa de Asistencia de Medicamentos para el SIDA (ADAP, en inglés) ayuda a individuos elegibles que viven con VIH/SIDA a acceder a medicamentos contra el VIH que pueden salvarles la vida. Los medicamentos con receta de la Parte D de Medicare que también están en el formulario del ADAP cumplen los requisitos para la asistencia con los costos compartidos de medicamentos con receta a través de los programas de atención médica para pacientes con VIH que no tienen seguro

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos importantes médico del Estado de Nueva York.

Nota: Para ser elegibles para el ADAP que opera en su estado, 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 estado sin cobertura de seguro médico o estado de cobertura no adecuada. Si cambia de plan, notifique a su responsable de inscripción de ADAP local para que pueda continuar recibiendo asistencia médica. Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame al 1-800-542-2437.

Método	ADAP del estado de Nueva York
LLAME AL	1-800-542-2437
ESCRIBA A	Uninsured Care Programs Empire Station P.O. Box 2052 Albany, NY 12220-0052
SITIO WEB	http://www.health.ny.gov/diseases/aids/general/resources/adap/

Programas Estatales de Ayuda para Medicamentos

Muchos estados tienen Programas Estatales de Ayuda para Medicamentos que ayudan a algunas personas a pagar sus medicamentos con receta según sus necesidades financieras, edad, estado de salud o discapacidad. Cada estado tiene distintas normas para brindar la cobertura de medicamentos a los miembros.

En Nueva York, el Programa Estatal de Ayuda para Medicamentos es la Cobertura de Seguro Farmacéutico para la Tercera Edad (EPIC, en inglés).

Método	Cobertura de Seguro Farmacéutico para la Tercera Edad (EPIC): (Programa Estatal de Ayuda para Medicamentos del estado de Nueva York): Información de contacto
LLAME AL	1-800-332-3742 Disponible de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m.
TTY	1-800-290-9138 Este número requiere el uso de un equipo de teléfono especial y solo debe ser utilizado por personas con problemas auditivos o del habla.
ESCRIBA A	EPIC P.O. Box 15018 Albany, NY 12212 nysdohepic@magellanhealth.com
SITIO WEB	https://www.health.ny.gov/health_care/epic/

SECCIÓN 8 Cómo comunicarse con la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios

La Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios es una agencia federal independiente que administra los programas integrales de beneficios destinados a los trabajadores ferroviarios nacionales y a sus familias. Si usted está inscrito en Medicare a través de la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios, es importante que les informe si se muda o cambia su dirección postal. Si tiene alguna pregunta sobre los beneficios de la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios, comuníquese con la agencia.

Método	Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios: Información de contacto
LLAME AL	1-877-772-5772 La llamada a este número es gratuita. Si usted oprime el “0” puede hablar con un representante de la junta (RRB, en inglés) desde las 9:00 a.m. hasta las 3:30 p.m., los lunes, martes, jueves y viernes, y de 9:00 a.m. a 12:00 p.m. los miércoles. Si oprime “1” puede tener acceso a la línea de ayuda automatizada de la RRB y a información grabada, durante las 24 horas del día, incluso los fines de semana y días feriados.
TTY	1-312-751-4701 Este número requiere el uso de un equipo de teléfono especial y solo debe ser utilizado por personas con problemas auditivos o del habla. Las llamadas a este número <i>no</i> son gratuitas.
SITIO WEB	rrb.gov/

SECCIÓN 9 ¿Tiene un seguro colectivo u otro seguro de salud para empleados?

Si usted (o su cónyuge o pareja de hecho) recibe beneficios de su empleador o grupo de jubilados (o el de su cónyuge o pareja de hecho) como parte de este plan, llame al administrador de beneficios de su empleador/sindicato, o al Departamento de Servicios para Miembros, para aclarar cualquier duda. Puede preguntar acerca de los beneficios de salud, las primas o el período de inscripción de su empleador o grupo de jubilados (o el de su cónyuge o pareja de hecho). (Los números de teléfono del Departamento de Servicios para Miembros aparecen en la contraportada de este documento). También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227; TTY: 1-877-486-2048) si tiene preguntas acerca de su cobertura de Medicare en este plan.

Si tiene otra cobertura para medicamentos con receta a través de su empleador o grupo de jubilados (o el de su cónyuge o pareja de hecho), comuníquese con el **administrador de beneficios de ese grupo**. El administrador de beneficios puede ayudarlo a determinar cómo funcionará su cobertura actual para medicamentos con receta junto con nuestro plan.

CAPÍTULO 3:
*Cómo utilizar el plan
para sus servicios médicos*

SECCIÓN 1 Lo que debe saber sobre cómo obtener atención médica como miembro de nuestro plan

En este capítulo se detalla lo que usted debe saber sobre cómo utilizar el plan para su cobertura de atención médica. Contiene definiciones de términos y se explican las normas que deberá seguir para obtener tratamientos médicos, servicios, equipamiento, medicamentos con receta y otro tipo de atención médica que cubre el plan.

Para obtener información sobre qué tipo de atención médica cubre nuestro plan y cuánto debe pagar por el costo de dicha atención, utilice el cuadro de beneficios del Capítulo 4 a continuación (*Cuadro de beneficios médicos, lo que está cubierto y lo que usted debe pagar*).

Sección 1.1 ¿Qué son los proveedores de la red y los servicios cubiertos?

- Los **proveedores** son los médicos y otros profesionales de salud autorizados por el estado para prestar servicios y atención médica. El término “proveedores” también abarca a hospitales y otros centros de atención médica.
- Los **proveedores de la red** son los médicos y otros profesionales de salud, grupos de médicos, hospitales y otros centros de atención médica que tienen un contrato con nosotros para aceptar nuestro pago y el importe de su participación en los gastos como pago total. Acordamos que estos proveedores presten los servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores de nuestra red nos facturan directamente por la atención que le prestan a usted. Cuando consulta a un proveedor de la red, solo paga la parte que le corresponde del costo de los servicios.
- Los **servicios cubiertos** incluyen toda la atención médica, los servicios de atención médica y los medicamentos con receta que cubren nuestro plan. Los servicios cubiertos de atención médica se incluyen en el cuadro de beneficios del Capítulo 4. Sus servicios cubiertos para medicamentos con receta se analizan en el Capítulo 5.

Sección 1.2 Normas básicas para recibir la atención médica que cubre el plan

Como plan de salud de Medicare, RiverSpring Star (HMO I-SNP) tiene que cubrir todos los servicios que cubre Original Medicare y tiene que seguir sus mismas normas de cobertura.

Por lo general, RiverSpring Star (HMO I-SNP) cubrirá su atención médica siempre y cuando:

- **La atención que reciba se incluya en el Cuadro de beneficios médicos del plan** (el cuadro se encuentra en el Capítulo 4 de este documento).
- **La atención que reciba se considere médicamente necesaria.** “Médicamente necesario” significa que los servicios, suministros, equipos o medicamentos son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección y que estos cumplen con los estándares aceptados de la práctica médica.
- **Tiene un proveedor de atención primaria (PCP, en inglés) de la red que provee y supervisa su atención médica.** Como miembro de nuestro plan, debe elegir un PCP que forme parte de la red (para obtener más información sobre este tema, consulte la Sección 2.1 de este capítulo).

Capítulo 3 Cómo utilizar el plan para sus servicios

- En la mayoría de las situaciones, nuestro plan debe brindarle su aprobación por anticipado antes de que usted pueda utilizar otros proveedores de la red del plan, como especialistas, hospitales, centros de enfermería especializada o agencias de atención médica a domicilio. Con esto nos referimos a "proporcionarle una remisión". Para obtener más información sobre este tema, consulte la Sección 2.3 de este capítulo.
- No se requiere la remisión de su PCP para la atención médica de emergencia o los servicios de urgencia. También existen otros tipos de atención que puede recibir sin tener la aprobación anticipada de su PCP (para obtener más información sobre este tema, consulte la Sección 2.2 de este capítulo).
- **Usted debe recibir su atención de un proveedor de la red** (para obtener más información sobre este tema, consulte la Sección 2 de este capítulo). En la mayoría de los casos, no se cubrirá la atención que recibe de un proveedor fuera de la red (un proveedor que no forma parte de la red de nuestro plan). Esto significa que tendrá que pagarle al proveedor la totalidad de los servicios prestados. *A continuación enumeramos tres excepciones:*
 - El plan cubre la atención médica de emergencia o los servicios de urgencia que reciba de un proveedor fuera de la red. Si desea más información al respecto, y ver qué significan servicios de emergencia y de urgencia, consulte la Sección 3 de este capítulo.
 - Si necesita atención médica que Medicare requiere que nuestro plan cubra pero no hay especialistas en nuestra red que brinden esta atención, puede obtenerla de un proveedor fuera de la red al mismo costo compartido que normalmente paga dentro de la red. Su proveedor debe obtener la autorización del plan antes de que usted pueda recibir atención a través de un proveedor fuera de la red. En esta situación, pagará el mismo monto que pagaría si recibiera la atención de un proveedor que forma parte de la red. Para obtener información acerca de cómo obtener una aprobación para consultar a un médico fuera de la red, consulte la Sección 2.4 de este capítulo.
 - El plan cubre servicios de diálisis renal recibidos en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando usted se encuentra temporalmente fuera del área de servicio del plan o cuando su proveedor de este servicio no esté disponible o sea inaccesible temporalmente. El costo compartido que usted paga al plan por diálisis nunca puede exceder el costo compartido de Original Medicare. Si se encuentra fuera del área de servicio del plan y obtiene la diálisis de un proveedor que está fuera de la red del plan, su costo compartido no puede exceder el costo compartido que paga dentro de la red. Sin embargo, si su proveedor habitual de diálisis dentro de la red no está disponible temporalmente y usted elige obtener servicios dentro del área de servicio de un proveedor fuera de la red del plan, el costo compartido de la diálisis puede ser mayor.

SECCIÓN 2 Use proveedores de la red del plan para su atención médica

Sección 2.1	Debe elegir un proveedor de atención primaria (PCP) para que brinde y supervise su atención médica
--------------------	---

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

Cuando se convierte en miembro de RiverSpring Star (HMO I-SNP), debe elegir un proveedor del plan como su proveedor de atención primaria (PCP). Su PCP es un médico que cumple con los requisitos estatales y está capacitado para brindarle atención médica básica.

Capítulo 3 Cómo utilizar el plan para sus servicios

Como se explica a continuación, puede obtener su atención de rutina o atención básica por parte de su PCP.

Puede elegir entre varios tipos de médicos para que sean su PCP. Estos pueden incluir médicos internistas y de familia que hayan aceptado estar en nuestra red en un rol de proveedor de atención primaria.

Su PCP le proporcionará la mayoría de los servicios de atención preventiva y de rutina.

¿Cómo debe elegir su PCP?

Cuando se inscriba en RiverSpring Star (HMO I-SNP), seleccionará un PCP de la lista en nuestro *Directorio de Proveedores y Farmacias*. Si su PCP no participa en RiverSpring Star (HMO I-SNP), y a usted le gustaría que nos comuniquemos con su consultorio, háganoslo saber.

El Departamento de Servicios para Miembros se complacerá en ayudarlo a seleccionar un PCP.

Cómo cambiar su PCP

Puede cambiar su PCP por cualquier motivo, en cualquier momento. También es posible que su PCP abandone la red de proveedores de nuestro plan y, en ese caso, deberá buscar un nuevo PCP.

Para cambiar su PCP, llame al Departamento de Servicios para Miembros. El Departamento de Servicios para Miembros le ayudará a asegurarse de que pueda seguir recibiendo la atención que está recibiendo. Si elige cambiar de PCP, puede verse limitado a seleccionar determinados especialistas u hospitales a los que su PCP lo remita. En la Sección 2.3 a continuación, encontrará más información. El Departamento de Servicios para Miembros cambiará su registro de membresía para que incluya el nombre de su nuevo PCP y le informará cuando el cambio de PCP entre en vigencia. También se asegurarán de que el PCP al que quiere cambiar esté aceptando pacientes nuevos.

Sección 2.2	¿Qué tipos de atención médica puede obtener sin una remisión de su PCP?
--------------------	--

Puede recibir los servicios mencionados a continuación sin obtener la aprobación anticipada de su PCP.

- Atención médica de rutina para mujeres, que incluye exámenes de mamas, mamografías (radiografías de las mamas), pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos, siempre y cuando sean prestados por un proveedor de la red.
- Vacunas antigripales, contra el COVID-19, la hepatitis B y la neumonía, siempre y cuando las reciba de un proveedor de la red.
- Servicios de emergencia prestados por proveedores de la red o por proveedores fuera de la red.
- Los servicios de urgencia son servicios cubiertos pero no de emergencia, que se prestan cuando los proveedores de la red no están disponibles temporalmente o son inaccesibles, o cuando el inscrito se encuentra fuera del área de servicio. Por ejemplo, necesita atención inmediata durante el fin de semana. Los servicios deben ser necesarios de inmediato y médicamente necesarios.

Capítulo 3 Cómo utilizar el plan para sus servicios

- Servicios de diálisis renal recibidos en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando usted se encuentra temporalmente fuera del área de servicio del plan. Si es posible, llame al Departamento de Servicios para Miembros antes de salir del área de servicio para que podamos ayudar a coordinar los servicios de diálisis de mantenimiento mientras usted se encuentre fuera del área.
- Visitas a especialistas del plan.

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

El especialista es un médico que presta servicios de atención médica en relación con enfermedades específicas o con una parte del cuerpo en particular. Existen muchos tipos de especialistas. Estos son algunos ejemplos:

- Los oncólogos tratan a pacientes que padecen cáncer.
- Los cardiólogos tratan a pacientes que padecen afecciones cardíacas.
- Los ortopedistas tratan a pacientes que padecen determinadas afecciones de los huesos, articulares o músculos.
- Su PCP es la mejor persona para aconsejarle sobre cuándo consultar a un especialista por sus necesidades de atención médica.
- Según sus necesidades de atención médica, es posible que su PCP necesite obtener una autorización del plan para determinados servicios. Su médico se comunicará con el Departamento de Autorizaciones Previas del plan para analizar sus necesidades de servicios. El plan les informará la determinación a usted y su médico. Consulte la Sección 2.1 del Capítulo 4 para obtener información adicional sobre los servicios que requieren autorización previa.
- Algunas veces, su PCP tendrá un círculo de remisión o una red secundaria. Los especialistas cubiertos están enumerados en el Directorio de Proveedores y Farmacias.

¿Qué sucede si un especialista u otro proveedor de la red abandona el plan?

Es posible que realicemos cambios en relación con los hospitales, médicos y especialistas (proveedores) que forman parte del plan durante el año. Si su médico o especialista abandona su plan, usted tiene ciertos derechos y protecciones que se resumen a continuación:

- Si bien nuestra red de proveedores puede cambiar durante el año, Medicare exige que le proporcionemos acceso ilimitado a médicos y especialistas calificados.
- Le notificaremos que su proveedor dejará nuestro plan para que tenga tiempo de seleccionar un nuevo proveedor.
 - Si su proveedor de atención primaria o de salud conductual abandona nuestro plan, le notificaremos si ha consultado a ese proveedor en los últimos tres años.
 - Si alguno de sus otros proveedores abandona nuestro plan, le notificaremos si está asignado a ese proveedor, si actualmente recibe atención de él o si lo ha atendido en los últimos tres meses.
- Le ayudaremos a seleccionar un nuevo proveedor calificado dentro de la red al que pueda acceder para recibir atención continua.

Capítulo 3 Cómo utilizar el plan para sus servicios

- Si actualmente está recibiendo un tratamiento médico o terapia bajo la supervisión de su proveedor actual, tiene derecho a solicitar que no se interrumpan. En respuesta, nosotros colaboraremos con usted para asegurarnos de que estos tratamientos o terapias se mantengan.
- Le proporcionaremos información sobre los diferentes períodos de inscripción disponibles para usted y las opciones que tiene para cambiar de plan.
- Haremos los arreglos para cualquier beneficio cubierto médicamente necesario fuera de nuestra red de proveedores, pero con costos compartidos dentro de la red, cuando un proveedor o beneficio dentro de la red no esté disponible o sea inadecuado para satisfacer sus necesidades médicas. *Se requiere autorización previa antes de obtener los servicios.*
- Si sabe que su médico o especialista está por abandonar el plan, comuníquese con nosotros para que podamos ayudarlo a encontrar un nuevo proveedor para administrar su atención médica.
- Si cree que no le hemos proporcionado un proveedor calificado para reemplazar a su proveedor anterior, o que no se está administrando su cuidado de forma adecuada, usted tiene el derecho de presentar un reclamo a la QIO, una queja sobre la calidad de la atención al plan, o ambas cosas. Consulte el Capítulo 9.

Sección 2.4 Cómo recibir atención de proveedores fuera de la red

La atención médica de urgencia o emergencia de un proveedor fuera de la red no requiere una autorización previa. Si usted necesita atención médica que Medicare exige cubrir a nuestro plan y los proveedores de nuestra red no pueden proporcionar esta atención, puede obtener esta atención a través de un proveedor fuera de la red.

Debe llamar al Departamento de Servicios para Miembros para obtener una autorización para ciertos servicios especializados cuando usted se encuentra temporalmente fuera del área de servicio del plan. Si necesita este tipo de atención, llame al Departamento de Servicios para Miembros al 1-800-580-7000, los 7 días de la semana, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del este.

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

Sección 3.1 Cómo obtener atención en caso de emergencia médica

¿Qué es una “emergencia médica” y qué debe hacer frente a una?

Una **emergencia médica** se presenta cuando usted, o cualquier otra persona prudente con un conocimiento promedio sobre salud y medicina, creen que presenta síntomas médicos que requieren de atención médica inmediata para evitar la muerte (y, si es una mujer embarazada, la pérdida de un feto no nacido), la pérdida de una extremidad o la pérdida de la función de una extremidad. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, lesión, un dolor intenso o afección que empeora rápidamente.

Si tiene una emergencia médica, haga lo siguiente:

Capítulo 3 Cómo utilizar el plan para sus servicios

- **Busque ayuda con la mayor rapidez posible.** Llame al 911 para pedir ayuda o diríjase a la sala de emergencias u hospital más cercanos. Llame a una ambulancia, en caso de que la necesite. *No* necesita recibir una autorización o una remisión previa de su PCP. No es necesario que utilice un médico de la red. Puede obtener 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 adecuada, incluso si no forma parte de nuestra red.
- **Asegúrese lo antes posible de que el plan haya recibido la notificación sobre su emergencia.** Debemos realizar un seguimiento de su atención médica de emergencia. Usted u otra persona debe llamarnos para avisarnos sobre la atención médica de emergencia, por lo general, en el plazo de 48 horas. Puede comunicarse con el Departamento de Servicios para Miembros al 1-800-580-7000 en cualquier momento para informarnos sobre una emergencia. Puede encontrar los números de teléfono de la línea directa de enfermería al dorso de su tarjeta de identificación.

¿Qué está cubierto si tiene una emergencia médica?

Nuestro plan cubre servicios de ambulancia cuando el hecho de llegar a una sala de emergencias de cualquier otro modo podría implicar un riesgo para su salud. También cubrimos servicios médicos durante la emergencia.

Los médicos que le brindan atención médica de emergencia decidirán si su afección se estabilizó y si cesó la emergencia médica.

Una vez que haya cesado la emergencia, tiene derecho a realizar un seguimiento de su afección para asegurarse de que continúa siendo estable. Sus médicos continuarán tratándolo hasta que se comuniquen con nosotros y hagan planes para recibir atención adicional. El plan cubrirá su atención de seguimiento.

Si su atención médica de emergencia es proporcionada por proveedores fuera de la red, haremos todo lo posible para que los proveedores de la red se hagan cargo de la atención tan pronto como su estado de salud y las circunstancias lo permitan.

¿Qué sucede si no se trataba de una emergencia médica?

A veces, puede ser difícil saber si tiene una emergencia médica. Por ejemplo, es posible que solicite atención médica de emergencia (porque considera que su salud está en grave peligro) y que el médico le comunique que no se trataba de una emergencia médica después de todo. Si resulta ser que no se trataba de una emergencia, cubriremos la atención que reciba siempre y cuando haya creído, dentro de lo razonable, que su salud estaba en grave peligro.

No obstante, una vez que el médico haya confirmado que *no* se trataba de una emergencia, cubriremos la atención adicional

solo si usted recibe la atención adicional de una de estas dos maneras:

- Si usted obtiene la atención adicional a través de un proveedor de la red.
- *O bien*, si la atención adicional que usted recibe se considera un “servicio de urgencia” y usted sigue las normas para obtener esta atención de urgencia (para obtener más información sobre este tema, consulte la Sección 3.2 a continuación).

Sección 3.2 Cómo obtener servicios de urgencia**¿Qué son los servicios de urgencia?**

Un servicio de urgencia es aquel que deviene de una situación que no es de emergencia y requiere atención médica inmediata pero, dadas sus circunstancias, no es posible o viable obtener estos servicios de un proveedor de la red. El plan debe cubrir los servicios de urgencia proporcionados fuera de la red. Algunos ejemplos de servicios que se necesitan con urgencia son i) un dolor de garganta intenso que ocurre durante el fin de semana; o ii) un brote imprevisto de una afección conocida cuando se encuentra temporalmente fuera del área de servicio.

Si necesita ayuda para encontrar un centro de atención de urgencia, llame al Departamento de Servicios para Miembros; con gusto le ayudaremos a encontrar un centro.

Nuestro plan no cubre servicios de emergencia, servicios de urgencia ni ningún otro servicio de atención recibido fuera de los Estados Unidos y sus territorios.

Sección 3.3 Cómo recibir atención durante una catástrofe

Si el gobernador de su estado, la Secretaría de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos o el presidente de los Estados Unidos declara un estado de catástrofe o emergencia en su región geográfica, sigue teniendo derecho a recibir atención de su plan.

Visite el sitio web www.RiverSpringHealth.org para obtener información sobre cómo obtener la atención necesaria durante una catástrofe.

Si durante una catástrofe no puede acudir a un proveedor de la red, su plan le permitirá obtener atención de proveedores fuera de la red por el monto de costos compartidos dentro de la red. Si durante una catástrofe no puede acudir a una farmacia que forma parte de la red, puede surtir los medicamentos con receta en una farmacia fuera de la red. Para obtener más información, consulte la Sección 2.5 del Capítulo 5.

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

Sección 4.1 Puede solicitarnos que paguemos nuestra parte del costo de los servicios cubiertos

Si pagó más que el costo compartido de su plan por servicios cubiertos, o si recibió una factura por el costo total de los servicios médicos cubiertos, consulte el Capítulo 7 (*Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura que recibió por servicios médicos o medicamentos cubiertos*) para obtener información sobre lo que debe hacer.

Capítulo 3 Cómo utilizar el plan para sus servicios

Sección 4.2 Si nuestro plan no cubre los servicios, tiene que pagar el costo total

RiverSpring Star (HMO I-SNP) cubre todos los servicios médicamente necesarios que figuran en el cuadro de beneficios médicos del Capítulo 4 de este documento. Si recibe servicios no cubiertos por nuestro plan o servicios obtenidos fuera de la red sin autorización, usted es responsable de pagar el costo total de los servicios.

Para los servicios cubiertos que tienen un límite en los beneficios, usted también paga el costo total de los servicios que reciba después de haber utilizado la totalidad del beneficio para ese tipo de servicio cubierto. Si paga los costos una vez que alcanzó el límite de beneficios, estos costos no contarán para sus gastos máximos de bolsillo.

SECCIÓN 5 ¿Cómo se cubren los servicios médicos cuando participa en un estudio de investigación clínica?

Sección 5.1 ¿Qué es un “estudio de investigación clínica”?

Un estudio de investigación clínica (también denominado "*ensayo clínico*") es una manera que tienen los médicos y científicos de probar nuevos tipos de atención médica; por ejemplo, para averiguar la eficacia de un nuevo medicamento para el cáncer. Ciertos estudios de investigación clínica están aprobados por Medicare. Los estudios de investigación clínica aprobados por Medicare generalmente solicitan la participación de voluntarios.

Una vez que Medicare apruebe el estudio y usted manifieste su interés en él, un miembro del personal a cargo del estudio se comunicará con usted para explicarle los detalles del estudio y para determinar si cumple con los requisitos establecidos por los científicos que lo llevan a cabo. Puede participar en el estudio solo si cumple con los requisitos de este y si entiende y acepta plenamente lo que implica participar en dicho estudio.

Si participa de un estudio aprobado por Medicare, Original Medicare paga la mayor parte de los costos por los servicios cubiertos que reciba como parte del estudio. Si nos dice que está en un ensayo clínico calificado, entonces solo será responsable del costo compartido dentro de la red por los servicios en ese ensayo. Si pagó más, por ejemplo, si ya pagó el monto del costo compartido de Original Medicare, le reembolsaremos la diferencia entre lo que pagó y el costo compartido dentro de la red. Sin embargo, deberá proporcionar documentación que acredite cuánto pagó. Mientras participa en un estudio de investigación clínica, puede seguir inscrito en nuestro plan y continuar recibiendo la atención restante (la atención que no esté relacionada con el estudio) a través de nuestro plan.

Si desea participar en cualquier estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, *no* es necesario informarnos ni obtener nuestra aprobación o la de su PCP. Los proveedores de atención médica que proporcionan su atención como parte del estudio de investigación clínica *no* necesitan formar parte de la red de proveedores médicos de nuestro plan. Tenga en cuenta que esto no incluye los beneficios de los cuales nuestro plan es responsable y que incluyen, como parte del mismo, un ensayo o registro clínico para evaluar el beneficio.

Capítulo 3 Cómo utilizar el plan para sus servicios

Entre ellos se recogen ciertos beneficios contemplados en las Determinaciones de cobertura nacional (NCD, en inglés) y en los Ensayos de dispositivos experimentales (IDE, en inglés), y pueden estar sujetos a autorización previa y a otras normas del plan.

Aunque no necesita obtener el permiso de nuestro plan para participar en un estudio de investigación clínica, cubierto por Original Medicare para usuarios inscritos en Medicare Advantage, le recomendamos que nos notifique con anticipación cuando elija participar en ensayos clínicos calificados por Medicare.

Si participa de un estudio que Medicare o nuestro plan no ha aprobado, usted será *responsable de pagar todos los costos de su participación en el estudio*.

Sección 5.2	Cuando participa de un estudio de investigación clínica, ¿quién paga por cada cosa?
--------------------	--

Una vez que se inscriba en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, Original Medicare cubrirá los productos y servicios de rutina que reciba como parte del estudio de investigación, incluidos los siguientes:

- Habitación y comida para la hospitalización que Medicare pagaría incluso si no participara de un estudio.
- Una operación u otro procedimiento médico si forma parte del estudio de investigación.
- El tratamiento de los efectos secundarios y las complicaciones a consecuencia de la nueva atención.

Después de que Medicare haya pagado su parte del costo de estos servicios, nuestro plan pagará la diferencia entre el costo compartido en Original Medicare 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 al igual que si recibiera estos servicios de nuestro plan. Sin embargo, debe presentar documentación que acredite el monto del costo compartido que pagó. Consulte el Capítulo 7 para obtener más información sobre cómo enviar solicitudes de pago.

A continuación se muestra un ejemplo de cómo funcionan los costos compartidos:

Supongamos que debe hacerse un análisis de laboratorio que cuesta \$100, como parte del estudio de investigación. También supongamos que tendría que pagar \$20 como su parte de los costos para este análisis conforme a Original Medicare, pero el análisis costaría \$10 conforme a los beneficios de nuestro plan. En este caso, Original Medicare pagaría \$80 por la prueba y usted pagaría el copago de \$20 requerido por Original Medicare. Luego, notificará a su plan que recibió un servicio de ensayo clínico calificado y presentará documentación, como una factura del proveedor, al plan. El plan entonces le pagaría \$10 directamente a usted. Por lo tanto, su pago neto es \$10, el mismo monto que pagaría según los beneficios de nuestro plan. Tenga en cuenta que para recibir el pago de su plan, debe enviar documentación a su plan, como una factura del proveedor.

Cuando participa en un estudio de investigación clínica, **ni Medicare ni nuestro plan se harán cargo de los costos en ninguno de los siguientes casos:**

Capítulo 3 Cómo utilizar el plan para sus servicios

- Generalmente, Medicare *no* pagará el nuevo producto o servicio que se evalúe en el estudio, a menos que Medicare cubra dicho producto o servicio, incluso si usted *no* participara en un estudio.
- Los productos o servicios que se proporcionen solo para recopilar datos y que no se utilicen en su atención médica directa. Por ejemplo, Medicare no cubriría tomografías computarizadas mensuales que se realicen como parte del estudio si su afección normalmente exigiera una sola tomografía.

¿Desea obtener más información?

Puede obtener más información sobre cómo participar en un estudio de investigación clínica si visita el sitio web de Medicare para leer o descargar la publicación “*Medicare y los estudios de investigación clínica*”. (La publicación está disponible en: www.medicare.gov/Pubs/pdf/02226-Medicare-and-Clinical-Research-Studies.pdf). También puede llamar 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.

SECCIÓN 6 Normas para obtener atención médica en un centro religioso no médico dedicado a la salud

Sección 6.1 ¿Qué es un centro religioso no médico dedicado a la salud?

Un centro religioso no médico dedicado a la salud es un establecimiento en el que se brinda atención médica para una afección que normalmente se trataría en un hospital o centro de atención de enfermería especializada. Si recibir atención médica en un hospital o centro de atención de enfermería especializada se opusiera a las creencias religiosas de un miembro, en su lugar, prestaremos cobertura para su atención en un centro religioso no médico dedicado a la salud. Este beneficio se brinda solo para los servicios para pacientes internados de la Parte A (servicios de atención no médica).

Sección 6.2 Cómo obtener atención en un centro religioso no médico dedicado a la salud

Para recibir atención en un centro religioso no médico dedicado a la salud, debe firmar un documento legal en el que exprese que se niega conscientemente a recibir un tratamiento médico que **no esté exceptuado**.

- La atención o tratamiento médico **no exceptuado** es cualquier atención o tratamiento médico *voluntario* y *no exigido* por ninguna ley federal, estatal o local.
- La atención o el tratamiento médico **exceptuado** corresponden a la atención o el tratamiento médico *no voluntario* u *obligatorio* según la ley federal, estatal o local.

Para estar cubierta por nuestro plan, la atención que reciba en un centro religioso no médico dedicado a la salud debe cumplir con las siguientes condiciones:

Capítulo 3 Cómo utilizar el plan para sus servicios

- El centro que ofrece la atención debe estar certificado por Medicare.
- La cobertura de nuestro plan por los servicios que reciba se limita a los aspectos *no religiosos* de la atención.
- Si recibe servicios de este centro que se le presten en un establecimiento, regirán las siguientes condiciones:
 - Debe tener una afección que le permita recibir servicios cubiertos de atención hospitalaria para pacientes internados o en un centro de atención de enfermería especializada.
 - *Además*, tiene que obtener la aprobación por adelantado de nuestro plan antes de que lo hospitalicen en el centro; de lo contrario, su estadía no tendrá cobertura.

Se aplican límites para la cobertura hospitalaria para pacientes internados de Medicare. Consulte el cuadro de beneficios en el Capítulo 4 para obtener información adicional.

SECCIÓN 7 Normas de propiedad de los equipos médicos duraderos

Sección 7.1 ¿Puede convertirse en propietario del equipo médico duradero después de haber realizado cierta cantidad de

El equipo médico duradero (DME, en inglés) incluye productos tales como suministros y equipos de oxígeno, sillas de ruedas, andadores, sistemas de colchones eléctricos, muletas, suministros para la diabetes, dispositivos generadores de voz, bombas de infusión intravenosa (IV), nebulizadores y camas de hospital solicitadas por un proveedor para usar en el hogar. Ciertos productos, como las prótesis, siempre serán propiedad del miembro. En esta sección, analizamos otros tipos de DME que usted debe alquilar.

En Original Medicare, las personas que alquilan ciertos tipos de DME son propietarias del equipo después de pagar copagos por el producto durante 13 meses. No obstante, como miembro de RiverSpring Star (HMO I-SNP), por lo general no obtendrá la propiedad del DME alquilado independientemente de la cantidad de copagos que pague por el producto mientras sea miembro de nuestro plan, incluso si ha realizado hasta 12 copagos consecutivos por el DME bajo el régimen de Original Medicare antes de unirse a nuestro plan. En determinadas circunstancias concretas, le transferiremos la propiedad del producto DME. Si desea obtener más información, llame al Departamento de Servicios para Miembros.

¿Qué sucede con los pagos que realizó por equipos médicos duraderos si se cambia a Original Medicare?

En caso de que no haya obtenido la propiedad del producto DME mientras formaba parte de nuestro plan, deberá realizar 13 nuevos pagos consecutivos por el equipo después de cambiarse a Original Medicare para convertirse en propietario del producto. Los pagos realizados mientras está inscrito en su plan no cuentan.

Ejemplo 1: Usted realizó 12 pagos consecutivos o menos por el producto con Original Medicare y luego se unió a nuestro plan. Los pagos que realizó en Original Medicare no cuentan.

Capítulo 3 Cómo utilizar el plan para sus servicios

Ejemplo 2: Usted realizó 12 pagos consecutivos o menos por el producto con Original Medicare y luego se unió a nuestro plan. Usted estaba en nuestro plan pero no obtuvo la propiedad mientras estaba en él. Luego regresó a Original Medicare. Tendrá que realizar 13 nuevos pagos consecutivos para tener la propiedad del producto una vez que se inscriba nuevamente en Original Medicare. Todos los pagos anteriores (ya sea a nuestro plan o a Original Medicare) no cuentan.

SECCIÓN 7.2 Normas para equipos y suministros de oxígeno y su mantenimiento**¿A qué beneficios de oxígeno tiene derecho?**

Si califica para la cobertura de equipos de oxígeno de Medicare, RiverSpring Star (HMO I-SNP) cubrirá:

- El alquiler de los equipos de oxígeno.
- Suministro de oxígeno y contenido de oxígeno.
- Tubos y accesorios de oxígeno relacionados para el suministro de oxígeno y contenido de oxígeno.
- Mantenimiento y reparaciones de equipos de oxígeno.

Si abandona RiverSpring Star (HMO I-SNP) o ya no necesita equipo de oxígeno desde el punto de vista médico, entonces el equipo de oxígeno debe devolverse.

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

Original Medicare requiere que un proveedor de oxígeno le brinde servicios durante cinco años. Durante los primeros 36 meses, usted alquila el equipo. Los 24 meses restantes el proveedor proporciona el equipo y el mantenimiento (usted aún es responsable del copago del oxígeno). Después de cinco años, puede optar por permanecer en la misma empresa o ir a otra empresa. En este punto, el ciclo de cinco años comienza nuevamente, incluso si permanece en la misma empresa, lo que le exige pagar copagos durante los primeros 36 meses. Si se une o abandona nuestro plan, el ciclo de cinco años se reinicia.

CAPÍTULO 4:

*Cuadro de Beneficios Médicos
(lo que está cubierto
y lo que usted paga)*

Capítulo 4 Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted debe pagar)

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

Este capítulo incluye un cuadro de beneficios médicos que indica sus servicios cubiertos y muestra cuánto pagará por cada servicio cubierto por el plan como miembro de RiverSpring Star (HMO I-SNP). Más adelante en este capítulo, encontrará información sobre los servicios médicos que no están cubiertos. También explica los límites sobre ciertos servicios.

Sección 1.1 Tipos de gastos de bolsillo que puede pagar por sus servicios cubiertos por el plan

Para entender la información sobre pagos que le brindamos en este capítulo, es necesario que conozca los tipos de gastos de bolsillo que puede pagar por sus servicios cubiertos.

- El **deducible** es el monto que usted tiene que pagar por los servicios médicos antes de que nuestro plan comience a pagar su parte. (La Sección 1.2 le brinda más información sobre el deducible de su plan).
- Un **copago** es el monto fijo que paga cada vez que recibe determinados servicios médicos. Paga un copago cada vez que recibe el servicio médico. (El cuadro de beneficios médicos de la Sección 2 le brinda más información sobre sus copagos).
- El **coseguro** es el porcentaje que paga del costo total de determinados servicios médicos. Paga un coseguro cada vez que recibe el servicio médico. (El cuadro de beneficios médicos de la Sección 2 le brinda más información sobre sus coseguros).

La mayoría de las personas que cumplen con los requisitos para Medicaid o para el programa de Beneficiario Calificado de Medicare (QMB, en inglés) no deben pagar deducibles, copagos o coseguros. Asegúrese de mostrarle a su proveedor su evidencia de elegibilidad de Medicaid o de QMB, si corresponde.

Sección 1.2 ¿Cuál es el deducible de su plan?

Su deducible es de \$240. Hasta que haya pagado el monto del deducible, debe pagar el costo total de sus servicios cubiertos. RiverSpring Star (HMO I-SNP) proporcionará las tarifas actualizadas tan pronto sean publicadas por los CMS. Cuando haya pagado su deducible, comenzaremos a pagar nuestra parte de los costos por los servicios médicos cubiertos y usted pagará su parte del monto de copago o coseguro durante el resto del año calendario.

El deducible se aplica a los siguientes servicios:

- Servicios de rehabilitación cardíaca; servicios de rehabilitación cardíaca intensiva; servicios de rehabilitación pulmonar; servicios de terapia de ejercicio supervisado (SET, en inglés) para la arteriopatía periférica (PAD, en inglés); hospitalización parcial; servicios de médicos de atención primaria; servicios quiroprácticos; servicios de terapia ocupacional; servicios de médicos especialistas; sesiones individuales para servicios especializados en salud mental; sesiones grupales para servicios especializados en salud mental; servicios de podiatría; otros servicios profesionales de atención médica; sesiones individuales para servicios psiquiátricos; sesiones grupales para servicios psiquiátricos; servicios de fisioterapia y patología del habla y el lenguaje; servicio de tratamiento de oídos;

Capítulo 4 Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted debe pagar)

procedimientos/pruebas de diagnóstico; servicios de laboratorio; servicios de diagnóstico radiológico; servicios radiológicos terapéuticos; servicios de radiología para pacientes externos; servicios hospitalarios para pacientes externos; servicios de observación; servicios del centro de cirugía ambulatoria (ASC, en inglés); sesiones individuales para abuso de sustancias en pacientes externos; sesiones grupales para abuso de sustancias en pacientes externos; servicios de sangre para pacientes externos; servicios de ambulancia terrestre; servicios de ambulancia aérea; equipos médicos duraderos (DME); prótesis; suministros médicos; suministros para diabéticos; calzado/plantillas terapéuticos para diabéticos; servicios de diálisis; servicios de educación sobre enfermedades renales; detección de glaucoma; capacitación en autocontrol de la diabetes; enemas de bario; exámenes rectales digitales; ECG después de la visita de bienvenida; medicamentos para quimioterapia/radiación de la Parte B de Medicare; otros medicamentos de la Parte B de Medicare; servicios dentales integrales; exámenes de la vista; gafas; exámenes de audición.

Sección 1.3 Nuestro plan tiene un deducible por separado para determinados tipos de servicios

Los siguientes tipos de servicios no tienen un monto deducible en el plan:

- Nuestro monto de deducible para la atención hospitalaria para pacientes internados es \$0 para los días 1 al 60. Hasta que haya pagado el monto de deducible, debe pagar el costo total de la atención hospitalaria para pacientes internados. Una vez que haya pagado su deducible, pagaremos nuestra parte de los costos por estos servicios y usted pagará su parte (su copago) durante el resto del año calendario.
- Nuestro monto de deducible para la atención de la salud mental para pacientes internados es \$0 para los días 1 al 60. Hasta que haya pagado el monto de deducible, debe pagar el costo total de la atención de la salud mental para pacientes internados. Una vez que haya pagado su deducible, pagaremos nuestra parte de los costos por estos servicios y usted pagará su parte (su copago) durante el resto del año calendario.

Sección 1.4 ¿Cuánto pagará como máximo por servicios médicos cubiertos?

Dado que está inscrito en un plan Medicare Advantage, existe un límite en el monto total que debe pagar como gasto de bolsillo por año por servicios médicos dentro de la red que están cubiertos por nuestro plan. Este límite se denomina "monto máximo de bolsillo" (MOOP, en inglés) para servicios médicos. Para el año calendario 2024, este monto es de \$8,850.

Los montos que paga por deducibles, copagos y coseguro para los servicios cubiertos dentro de la red se contemplan para este monto máximo de bolsillo. Los montos que paga por las primas de su plan y por sus medicamentos con receta de la Parte D no cuentan para el monto máximo de bolsillo. Además, los montos que paga por algunos servicios no cuentan para el monto máximo de bolsillo. Estos servicios están marcados con un asterisco en el cuadro de beneficios médicos. Si alcanza el monto máximo de bolsillo de \$8,850, no deberá pagar ningún gasto de bolsillo por el resto del año para los servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B dentro de la red. Sin embargo, tiene que continuar pagando la prima del plan de salud y la prima del plan de salud de la Parte B de Medicare (a menos que Medicaid u otro tercero pague su prima del plan de salud de la Parte B).

Capítulo 4 Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted debe pagar)**Sección 1.5 Nuestro plan no permite que los proveedores le realicen facturación ajustada**

Como miembro de RiverSpring Star (HMO I-SNP), una protección importante para usted es que, después de alcanzar el deducible, solo debe pagar su monto de costo compartido cuando obtiene servicios cubiertos por nuestro plan. Los proveedores no pueden cobrar cargos adicionales separados, lo que se conoce como **facturación ajustada**. Esta protección es válida incluso si le pagamos al proveedor menos de lo que el proveedor cobra por un servicio e incluso si hay una disputa y no pagamos determinados cargos de proveedores.

Esta protección funciona de la siguiente manera.

- Si su costo compartido es un copago (un monto fijo en dólares, por ejemplo, \$15.00), entonces paga solo ese monto por cualquier servicio cubierto de un proveedor que forma parte de la red.
- Si el costo compartido es un coseguro (un porcentaje de los cargos totales), entonces nunca paga más que ese porcentaje. No obstante, su costo depende del tipo de proveedor que consulte:
 - Si recibe los servicios cubiertos de un proveedor que forma parte de la red, paga el porcentaje del coseguro multiplicado por la tasa de reintegro del plan (según se determine en el contrato entre el proveedor y el plan).
 - Si recibe los servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red que participa en Medicare, paga el porcentaje del coseguro multiplicado por la tasa de pago de Medicare para los proveedores participantes. (Recuerde que el plan cubre servicios de proveedores fuera de la red solo en ciertas situaciones, como cuando le hacen una remisión o en caso de necesitar servicios de emergencia o de urgencia).
 - Si recibe los servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red que no participa en Medicare, paga el porcentaje del coseguro multiplicado por la tasa de pago de Medicare para los proveedores no participantes. (Recuerde que el plan cubre servicios de proveedores fuera de la red solo en ciertas situaciones, como cuando le hacen una remisión o en caso de necesitar servicios de emergencia o de urgencia fuera del área de servicio).
- Si cree que un proveedor le ha realizado una facturación ajustada, llame al Departamento de Servicios para Miembros.

SECCIÓN 2 Use el *Cuadro de Beneficios Médicos* para determinar lo que está cubierto y cuánto pagará

Sección 2.1 Sus beneficios y costos médicos como miembro del plan

El Cuadro de Beneficios Médicos en las páginas siguientes indica los servicios que cubre RiverSpring Star (HMO I-SNP) y lo que usted paga como gasto de bolsillo por cada servicio. La cobertura de medicamentos con receta 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 de cobertura:

Capítulo 4 Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted debe pagar)

- Sus servicios cubiertos de Medicare tienen que prestarse según las pautas de cobertura establecidas por Medicare.
- Los servicios (incluida la atención médica, los servicios, los suministros, los equipos y los medicamentos con receta de la Parte B) *deben* ser "medicamentos necesarios". "Medicamento necesario" significa que los servicios, suministros o medicamentos son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección y que estos cumplen con los estándares aceptados de la práctica médica.
- Recibe atención de un proveedor que forma parte de la red. En la mayoría de los casos, la atención que reciba de un proveedor fuera de la red no estará cubierta a menos que sea atención de emergencia o urgencia o que su plan o un proveedor de la red le haya hecho una remisión. Esto significa que tendrá que pagarle al proveedor la totalidad de los servicios prestados.
- Tiene un proveedor de atención primaria (PCP) que le brinda atención y la supervisa.
- Algunos de los servicios enumerados en el Cuadro de Beneficios Médicos solo están cubiertos si su médico u otro proveedor que forma parte de la red obtiene nuestra aprobación por adelantado (a veces se denomina "autorización previa"). Los servicios cubiertos que requieren aprobación por adelantado están marcados con un asterisco en el Cuadro de Beneficios Médicos.

Otros aspectos importantes que debe conocer sobre nuestra cobertura:

- Como todos los planes de salud de Medicare, cubrimos todo lo que cubre Original Medicare y más. Para recibir algunos de estos beneficios, quizás deba pagar *más* en nuestro plan de lo que pagaría en Original Medicare. Para otros, quizás deba pagar *menos*. (Si desea obtener más información sobre la cobertura y los costos de Original Medicare, consulte el manual "*Medicare y Usted 2024*". Consúltelo en línea en 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).
- En el caso de todos los servicios de prevención que están cubiertos sin costo conforme a Original Medicare, también cubrimos el servicio sin costo para usted. Sin embargo, si también recibe tratamiento o controles debido a una afección médica existente durante la visita en que recibe el servicio preventivo, se aplicará un copago por la atención recibida para la afección médica existente.
- Si Medicare agrega cobertura para algún servicio nuevo durante el 2024, Medicare o nuestro plan cubrirán esos servicios.
- Si se encuentra dentro del período de 3 meses considerado como continuación de la elegibilidad de nuestro plan, continuaremos proporcionando todos los beneficios cubiertos por el plan y los montos de costo compartido no cambian durante este período.
- Si se le diagnostican las siguientes afecciones crónicas identificadas a continuación y cumple con determinados criterios, es posible que sea elegible para recibir beneficios complementarios especiales para personas con enfermedades crónicas.
 - Afecciones crónicas a las que se aplica este beneficio:

Capítulo 4 Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted debe pagar)

- Trastornos autoinmunes
- Cáncer
- Trastornos cardiovasculares
- Dependencia crónica de alcohol y otras drogas
- Afecciones de salud mental crónicas e incapacitantes
- Insuficiencia cardíaca crónica
- Trastornos pulmonares crónicos
- Demencia
- Diabetes
- Enfermedad hepática terminal
- Enfermedad renal terminal (ESRD, en inglés)
- Trastornos endócrinos
- Trastornos gastrointestinales
- VIH/SIDA
- Hipertensión
- Trastornos neurológicos
- Osteoartritis
- Trastornos hematológicos graves
- Accidente cerebrovascular

Los miembros elegibles para recibir beneficios complementarios especiales para enfermedades crónicas recibirán un beneficio combinado de cobertura de medicamentos sin receta de venta libre para cubrir ciertos productos comestibles, que solo pueden comprarse en farmacias o minoristas seleccionados.

- Vaya a la fila *beneficios complementarios especiales para enfermedades crónicas* en el “Cuadro de beneficios médicos” a continuación para obtener más detalles.
- Comuníquese con nosotros para averiguar exactamente para qué beneficios puede ser elegible.



Verá esta manzana al lado de los servicios de prevención que figuran en el cuadro de beneficios.

Cuadro de Beneficios Médicos

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que tiene que pagar cuando recibe estos servicios
 Examen de detección de aneurisma aórtico abdominal Una única ecografía de detección para personas en riesgo. El plan sólo cubre este examen si usted presenta determinados factores de riesgo y si su médico, auxiliar médico, profesional en enfermería o especialista en enfermería clínica se lo remite.	No hay coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para este examen preventivo.

Capítulo 4 Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted debe pagar)

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que tiene que pagar cuando recibe estos servicios
<p>Acupuntura para el dolor lumbar crónico</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen los siguientes:</p> <p>Hay hasta 12 visitas en 90 días cubiertas para los beneficiarios de Medicare en las siguientes circunstancias:</p> <p>Para los fines de este beneficio, el dolor lumbar crónico se define como un dolor:</p> <ul style="list-style-type: none"> • que dura 12 semanas o más; • que no es específico, en el sentido que no tiene una causa sistémica identificable (es decir, no está asociado con una enfermedad metastásica, inflamatoria, infecciosa, etc.); • no asociado con la cirugía; y • no asociado con el embarazo. <p>Se cubrirán ocho sesiones adicionales para aquellos pacientes que demuestren una mejora. No se pueden administrar más de 20 tratamientos de acupuntura por año.</p> <p>El tratamiento debe interrumpirse si el paciente no está mejorando o presenta recaídas.</p> <p>Requisitos del proveedor:</p> <p>Los médicos, según se define en Título 1861(r)(1) de la Ley de Seguro Social (la Ley), pueden proporcionar acupuntura de acuerdo con los requisitos estatales aplicables.</p> <p>Los auxiliares médicos (PA, en inglés), profesionales en enfermería (NP, en inglés)/especialistas en enfermería clínica (CNS, en inglés), según se identifica en el Título 1861(aa)(5) de la Ley, y el personal auxiliar pueden proporcionar acupuntura si cumplen con todos los requisitos estatales aplicables y tienen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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, en inglés); y • una licencia actual, completa, activa y sin restricciones para practicar acupuntura en un estado, territorio o mancomunidad (es decir, Puerto Rico) de los Estados Unidos o el Distrito de Columbia. <p>El personal auxiliar que proporcione acupuntura debe estar bajo el nivel adecuado de supervisión de un médico, PA o NP/CNS requerido por nuestras reglamentaciones en el artículo 42 del Código de Reglamentaciones Federales (CFR, en inglés), párr. 410.26 y 410.27.</p>	<p>Usted paga el 20% de los servicios de acupuntura para el dolor lumbar crónico cubiertos por Medicare.</p> <p>* Se requiere autorización previa.</p>

Capítulo 4 Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted debe pagar)

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que tiene que pagar cuando recibe estos servicios
<p>Servicios de ambulancia</p> <p>Los servicios de ambulancia cubiertos, tanto si se usan en una situación de emergencia como si no, incluyen servicios de ambulancia terrestre y aérea de ala rotatoria y fija hasta el centro correspondiente más cercano que pueda brindar atención médica si se prestan a un miembro cuya afección amerita este servicio, ya que otros medios de transporte podrían poner en riesgo la salud de la persona, o si están autorizados por el plan. Si los servicios de ambulancia cubiertos no son para una situación de emergencia, se debe documentar que la afección del miembro del plan es tal que otros medios de transporte podrían poner en peligro su salud y que el transporte en ambulancia es médicamente necesario.</p>	<p>Usted paga el 20 % de los beneficios de ambulancia cubiertos por Medicare.</p> <p>* Se requiere autorización previa para los servicios de Medicare que no sean de emergencia.</p>
<p> Visita anual para examen general de salud</p> <p>Si tuvo la Parte B durante más de 12 meses, puede realizar una visita anual para examen general de salud para desarrollar o actualizar un plan de prevención personalizado en función de su salud actual y factores de riesgo. Se cubre una vez cada 12 meses.</p> <p>Nota: Su primera visita anual para examen general de salud no puede realizarse dentro de los 12 meses de su visita preventiva de “Bienvenida a Medicare”.</p> <p>No obstante, no es necesario que haya realizado una visita de “Bienvenida a Medicare” para que se cubran las visitas de bienestar anual después de haber tenido la Parte B durante 12 meses.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para la visita anual para el examen general de salud.</p>
<p> Examen de densitometría ósea</p> <p>Para las personas elegibles (generalmente, esto significa personas en riesgo de perder masa ósea o en riesgo de tener osteoporosis), los siguientes servicios están cubiertos cada 24 meses o con mayor frecuencia si es médicamente necesario: procedimientos para identificar masa ósea, detectar pérdida ósea o determinar la calidad ósea, incluida la interpretación de los resultados por parte de un médico.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para el examen de densitometría ósea cubierto por Medicare.</p>

Capítulo 4 Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted debe pagar)

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que tiene que pagar cuando recibe estos servicios
<p> Examen de detección de cáncer de mama (mamografías)</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Una mamografía inicial entre los 35 y 39 años. • Una mamografía de detección cada 12 meses para mujeres de 40 años y más. • Exámenes clínicos de mama cada 24 meses. 	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para las mamografías de evaluación cubiertas.</p>
<p>Servicios de rehabilitación cardíaca</p> <p>Los programas integrales de servicios de rehabilitación cardíaca que incluyen ejercicios, educación y terapia están cubiertos para miembros que cumplen ciertas condiciones con una orden médica. El plan también cubre los programas de rehabilitación cardíaca intensiva que suelen ser más rigurosos o más intensivos que los programas de rehabilitación cardíaca.</p>	<p>Usted paga el 20 % de los servicios de rehabilitación cardíaca y de rehabilitación cardíaca intensiva cubiertos por Medicare.</p> <p>* Se requiere autorización previa.</p>
<p> Visita de reducción de riesgos de enfermedades cardiovasculares (terapia para enfermedades cardiovasculares)</p> <p>Cubrimos una visita por año con su médico de atención primaria para ayudar a reducir el riesgo de enfermedades cardiovasculares. Durante esta visita, su médico puede repasar el uso de aspirina (si corresponde), controlar su presión arterial y darle consejos para asegurarse de que esté comiendo de forma saludable.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para el beneficio preventivo para la enfermedad cardiovascular (tratamiento intensivo para la salud conductual).</p>
<p> Pruebas de enfermedades cardiovasculares</p> <p>Análisis de sangre para la detección de enfermedades (o anomalías asociadas con un mayor riesgo de enfermedades cardiovasculares) una vez cada 5 años (60 meses).</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para las pruebas de enfermedades cardiovasculares cubiertas una vez cada 5 años.</p>

Capítulo 4 Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted debe pagar)

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que tiene que pagar cuando recibe estos servicios
<p> Examen de detección de cáncer de cuello de útero o vaginal</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Para todas las mujeres: Las pruebas de Papanicolaou y los exámenes pélvicos se cubren una vez cada 24 meses • Si tiene un alto riesgo de padecer cáncer vaginal o de cuello de útero, o si está en edad fértil y obtuvo un resultado anormal en una prueba de Papanicolaou en los últimos 3 años: una prueba de Papanicolaou cada 12 meses 	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para las pruebas de Pap y los exámenes pélvicos preventivos cubiertos por Medicare.</p>
<p>Servicios quiroprácticos</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cubrimos solo la manipulación manual de la columna vertebral para corregir una subluxación. 	<p>Usted paga el 20 % de los servicios quiroprácticos aprobados por Medicare.</p> <p>* Se requiere autorización previa.</p>

Capítulo 4 Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted debe pagar)

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que tiene que pagar cuando recibe estos servicios
<p> Examen de detección de cáncer colorrectal</p> <p>Están cubiertos los siguientes exámenes de detección:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La colonoscopia no tiene limitación de edad mínima ni máxima y está cubierta una vez cada 120 meses (10 años) para pacientes que no tengan riesgo alto de padecer cáncer colorrectal, o 48 meses después de una sigmoidoscopia flexible previa para pacientes que no tienen alto riesgo de cáncer colorrectal, y una vez cada 24 meses para pacientes de alto riesgo confirmado tras la realización de una colonoscopia de detección previa o un enema de bario. • Sigmoidoscopia flexible para pacientes de 45 años en adelante. Una vez cada 120 meses para los pacientes que no presenten un riesgo alto después de haber efectuado una colonoscopia de detección. Una vez cada 48 meses para pacientes de alto riesgo desde la última sigmoidoscopia flexible o enema de bario. • Pruebas de detección de sangre oculta en heces para pacientes de 45 años de edad o más. Una vez cada 12 meses. • Prueba multiobjetivo de ADN en heces para pacientes de 45 a 85 años de edad que no cumplen 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 criterios de alto riesgo. Una vez cada 3 años. • Enema de bario como alternativa a la colonoscopia para pacientes de alto riesgo y 24 meses desde el último enema de bario de detección o la última colonoscopia de detección. • Enema de bario como alternativa a la sigmoidoscopia flexible para pacientes que no son de alto riesgo y tienen 45 años o más. Una vez, por lo menos, después de 48 meses desde el último enema de bario de detección o sigmoidoscopia flexible de detección. <p>Las pruebas de detección de cáncer colorrectal incluyen una colonoscopia de detección de seguimiento después de que una prueba de detección de cáncer colorrectal no invasiva basada en muestras de heces cubierta por Medicare arroje un resultado positivo.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para un examen de detección de cáncer colorrectal cubierto por Medicare, salvo los enemas de bario, que tienen coseguro. Si su médico detecta y extirpa un pólipo u otro tejido durante la colonoscopia o sigmoidoscopia flexible, el examen de detección se convierte en un examen de diagnóstico y usted paga un coseguro del 20% del monto aprobado por Medicare por los servicios de sus médicos. El deducible de la Parte B no aplica. Usted paga el 20% del monto aprobado por Medicare para los servicios de enema de bario.</p> <p>* Se requiere autorización previa para el enema de bario.</p>

Capítulo 4 Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted debe pagar)

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que tiene que pagar cuando recibe estos servicios
<p>Servicios dentales</p> <p>En general, los servicios dentales preventivos (como limpiezas, exámenes dentales de rutina y radiografías dentales) no están cubiertos por Original Medicare. Sin embargo, Medicare actualmente paga los servicios dentales en circunstancias particulares, concretamente cuando ese servicio es una parte integral del tratamiento específico de la afección primaria de un beneficiario. Algunos ejemplos incluyen la reconstrucción de mandíbula después de una fractura o lesión, extracciones de dientes realizadas en preparación para el tratamiento de radiación para el cáncer que afecta la mandíbula o exámenes orales previos a un trasplante de riñón. Además, cubrimos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios dentales integrales cubiertos por Medicare. <p>Medicare solo pagará ciertos servicios dentales que usted reciba cuando esté en un hospital. Medicare pagará la atención hospitalaria para pacientes internados si necesita someterse a un procedimiento dental complicado o de emergencia.</p>	<p>Servicios dentales preventivos: no están cubiertos.</p> <p>Servicios dentales integrales: 20% de coseguro para cada servicio cubierto por Medicare.</p> <p>* Se requiere autorización previa.</p>
<p> Examen de detección de depresión</p> <p>Cubrimos un examen de detección de depresión por año. El examen de detección debe realizarse en un entorno de atención médica primaria que pueda brindar tratamiento de seguimiento y/o remisiones.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para la visita de detección de depresión anual.</p>
<p> Examen de detección de diabetes</p> <p>Cubrimos este examen de detección (incluye las pruebas de glucosa en ayunas) si tiene alguno de los siguientes factores de riesgo: presión arterial alta (hipertensión), antecedentes de niveles anormales de colesterol y triglicéridos (dislipidemia), obesidad o antecedentes de valores altos de azúcar en sangre (glucosa). También es posible que se cubran las pruebas si cumple con otros requisitos, como tener sobrepeso y antecedentes familiares de diabetes.</p> <p>En función de los resultados de estas pruebas, es posible que sea elegible para realizarse hasta dos exámenes de detección de diabetes cada 12 meses.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para los exámenes de detección de diabetes cubiertos por Medicare.</p>

Capítulo 4 Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted debe pagar)

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que tiene que pagar cuando recibe estos servicios
<p> Capacitación para el autocontrol de la diabetes, servicios y suministros para diabéticos</p> <p>Para todas las personas que tienen diabetes (que usan y no usan insulina). Los servicios cubiertos incluyen los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Suministros para controlar la glucemia: Monitor de glucosa en sangre, tiras reactivas para medir la glucosa en sangre, dispositivos de lanceta y lancetas, soluciones para el control de la glucemia para controlar la precisión de las tiras reactivas y los monitores. • Para las personas con diabetes que tienen enfermedad de pie diabético grave: Calzado ortopédico a medida (incluidas las plantillas provistas con dicho calzado) y dos pares adicionales de plantillas o calzado de profundidad y tres pares de plantillas (sin incluir las plantillas extraíbles no a medida proporcionadas con cada calzado) por año calendario. La cobertura incluye el ajuste. • La capacitación para el autocontrol de la diabetes está cubierta con ciertas condiciones. • Aviso importante acerca de lo que usted paga por la insulina: 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. • Aviso importante acerca de lo que usted paga por la insulina: 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>Usted paga el 20% del costo para todas las capacitaciones para el autocontrol de la diabetes cubiertas por Medicare.</p> <p>Usted paga el 20% del costo para todos los servicios para diabéticos cubiertos por Medicare.</p> <p>Usted paga el 20% del costo para todos los calzados ortopédicos o plantillas terapéuticas cubiertos por Medicare.</p> <p>* Se requiere autorización previa para calzado ortopédico y plantillas terapéuticas para diabéticos cubiertos por Medicare.</p> <p>Cubrimos fabricantes específicos de suministros y servicios para diabéticos de Abbott y LifeScan:</p>

Capítulo 4 Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted debe pagar)

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que tiene que pagar cuando recibe estos servicios
<p>Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados (Para obtener una definición de equipo médico duradero, consulte el Capítulo 12 y el Capítulo 3, en la Sección 7 de este documento).</p> <p>Los productos incluyen, entre otros, sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para la diabetes, camas de hospital solicitadas por un proveedor para usar en el hogar, bombas de infusión intravenosa (IV), dispositivos generadores de voz, equipos de oxígeno, nebulizadores y andadores.</p> <p>Cubrimos todos los DME médicamente necesarios cubiertos por Original Medicare. Si nuestro proveedor en su área no distribuye una marca o un fabricante en particular, puede pedirle si puede hacer un pedido especial para usted. La lista más reciente de proveedores se encuentra disponible en nuestro sitio web en www.RiverSpringHealthPlans.org.</p>	<p>Usted paga el 20 % del monto aprobado por Medicare para DME y suministros relacionados.</p> <p>* Se requiere autorización previa para cada DME (producto desechable cuya vida útil no supera 1 año) con un costo de \$250 o más.</p> <p>* Se requiere autorización previa para cada DME (producto no desechable que tiene una vida útil superior a 1 año) con un costo de \$500 o más.</p> <p>Su costo compartido para la cobertura de equipos de oxígeno de Medicare es 20%, todos los meses.</p> <p>Su costo compartido no cambiará después de haberse inscrito durante 36 meses.</p> <p>Si antes de inscribirse en RiverSpring Star (HMO I-SNP) había realizado 36 meses de pago de alquiler para la cobertura de equipos de oxígeno, su costo compartido en RiverSpring Star (HMO I-SNP) es del 20%.</p>

Capítulo 4 Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted debe pagar)

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que tiene que pagar cuando recibe estos servicios
<p>Atención médica de emergencia</p> <p>La atención médica de emergencia se refiere a los siguientes servicios:</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. <p>Una emergencia médica se presenta cuando usted, o cualquier otra persona prudente con un conocimiento promedio sobre salud y medicina, creen que presenta síntomas médicos que requieren de atención médica inmediata para evitar la muerte (y, si es una mujer embarazada, la pérdida de un feto no nacido), la pérdida de una extremidad o la pérdida de la función de una extremidad. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, lesión, un dolor intenso o afección que empeora rápidamente.</p> <p>Los costos compartidos de los servicios de emergencia necesarios prestados por proveedores fuera de la red son los mismos que tendrían si fueran prestados por proveedores dentro de la red.</p> <p>Esta cobertura está disponible solo en los Estados Unidos.</p>	<p>Usted paga un coseguro del 20% (hasta \$100 por visita) del monto aprobado por Medicare para atención médica de emergencia.</p> <p>No se le aplicará el costo compartido si ingresa en el hospital después de 3 días.</p> <p>Si recibe atención médica de emergencia en un hospital que no forma parte de la red y necesita atención médica para pacientes hospitalizados una vez que su afección de emergencia se ha estabilizado, debe volver a un hospital que forme parte de la red para continuar con la cobertura de su atención o recibir su atención para pacientes hospitalizados en el hospital que no forma parte de la red autorizado por el plan y su gasto es el mismo costo compartido que pagaría en un hospital que forma parte de la red.</p>
<p>Servicios auditivos</p> <p>Las evaluaciones de diagnóstico de equilibrio y audición realizadas por su proveedor para determinar si necesita tratamiento médico se cubren como atención para pacientes externos cuando se obtienen de un médico, audiólogo u otro proveedor calificado.</p>	<p>Usted paga el 20% del monto aprobado por Medicare para exámenes de diagnóstico o tratamiento de problemas de equilibrio o audición.</p> <p>* Se requiere autorización previa.</p>

Capítulo 4 Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted debe pagar)

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que tiene que pagar cuando recibe estos servicios
<p> Examen de detección de VIH</p> <p>Para personas que solicitan un examen de detección de VIH o que tienen mayor riesgo de infección por VIH, cubrimos lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un examen de detección cada 12 meses. <p>Para mujeres embarazadas, cubrimos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hasta tres exámenes de detección durante un embarazo. 	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para el examen de detección de VIH preventivo cubierto por Medicare.</p>
<p>Agencia de atención médica a domicilio</p> <p>Antes de recibir atención médica a domicilio, un médico debe certificar que usted necesita atención médica a domicilio y solicitar que dicha atención médica sea provista por una agencia de atención médica a domicilio. Debe estar confinado a su hogar, lo que significa que abandonar su hogar es un esfuerzo mayor.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de enfermería especializada de tiempo parcial o intermitente y servicios de asistencia médica en el hogar (cubiertos conforme al beneficio de atención médica a domicilio, sus servicios combinados de enfermería especializada y de asistencia médica a domicilio deben ser de menos de 8 horas por día y 35 horas por semana). • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla • Servicios médicos y sociales • Suministros y equipos médicos 	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para los servicios de una agencia de atención médica a domicilio.</p> <p>* Se requiere autorización previa.</p>
<p>Terapia de infusión domiciliaria</p> <p>La terapia de infusión domiciliaria implica la administración intravenosa o subcutánea de medicamentos o productos biológicos a una persona en el hogar. Los componentes necesarios para realizar la infusión domiciliaria incluyen el fármaco (por ejemplo, antivirales, inmunoglobulina), el equipo (por ejemplo, una bomba) y los suministros (por ejemplo, tubos y catéteres).</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios profesionales, incluidos los servicios de enfermería, proporcionados de acuerdo con el plan de atención • Capacitación y educación del paciente no cubiertas en virtud del beneficio de equipos médicos duraderos • Monitoreo remoto • Servicios de monitoreo para la provisión de terapia de infusión domiciliaria y medicamentos de terapia de infusión domiciliaria proporcionados por un proveedor calificado de terapia de infusión domiciliaria 	<p>Usted paga el 20% del monto aprobado por Medicare para los servicios de terapia de infusión domiciliaria.</p> <p>* Se requiere autorización previa.</p>

Capítulo 4 Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted debe pagar)

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que tiene que pagar cuando recibe estos servicios
<p>Atención para pacientes con enfermedades terminales</p> <p>Usted es elegible para recibir los beneficios para pacientes con enfermedades terminales cuando su médico y el director médico del centro para pacientes con enfermedades terminales le hayan indicado un pronóstico terminal en el que se certifica que usted tiene una enfermedad terminal y tiene una esperanza de vida de 6 meses o menos si su enfermedad sigue su curso normal. Puede recibir atención de cualquier programa para pacientes con enfermedades terminales certificado por Medicare. Su plan está obligado a ayudarlo a encontrar programas de cuidados paliativos certificados por Medicare en el área de servicio del plan, incluidos aquellos que la organización MA posee, controla o en los que tiene un interés financiero. Su médico de atención para enfermedades terminales puede ser un proveedor de la red o un proveedor que no pertenezca a la red.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos para el control de síntomas y el alivio del dolor • Cuidados paliativos a corto plazo • Atención domiciliaria <p>Cuando lo admiten en un centro de cuidados paliativos, tiene derecho a permanecer en su plan; si decide permanecer en su plan, debe continuar pagando las primas del plan.</p> <p><u>Para los servicios para pacientes con enfermedades terminales y los servicios cubiertos por las Partes A o B de Medicare y que no estén relacionados con su pronóstico terminal:</u> Original Medicare (en lugar de nuestro plan) pagará a su proveedor por sus servicios de atención para pacientes con enfermedades terminales y cualquier servicio de la Parte A y Parte B relacionado con su pronóstico terminal. Mientras esté en el programa de atención para pacientes con enfermedades terminales, su proveedor de atención para pacientes con enfermedades terminales será Original Medicare respecto de los servicios cubiertos por dicho programa. Se le facturará el costo compartido de Original Medicare.</p> <p><u>Para los servicios cubiertos por las Partes A o B de Medicare y que no estén relacionados con su pronóstico terminal:</u> Si necesita servicios que no sean de casos de emergencia ni de urgencia, que estén cubiertos por las Partes A o B de Medicare y que no estén relacionados con su pronóstico terminal, los costos de estos servicios dependen de si utiliza un proveedor de nuestra red del plan:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si recibe los servicios cubiertos por el plan de un proveedor que forma parte de la red y sigue las normas del plan para obtener servicios, solo paga el monto del costo compartido del plan para los servicios dentro de la red. • Si recibe los servicios cubiertos de un proveedor que no forma parte de la red, usted paga el costo compartido establecido en los Honorarios por servicio de Medicare (Original Medicare) 	<p>Cuando se inscribe en un programa de servicios para pacientes con enfermedades terminales certificado por Medicare, Original Medicare paga los servicios para pacientes con enfermedades terminales y los servicios de la Parte A y B relacionados con su pronóstico terminal en lugar de RiverSpring Star (HMO I-SNP).</p>

Capítulo 4 Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted debe pagar)

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que tiene que pagar cuando recibe estos servicios
<p>Atención médica para pacientes con enfermedades terminales (continuación)</p> <p><u>Para los servicios cubiertos por RiverSpring Star (HMO I-SNP) pero que no están cubiertos por la Parte A o B de Medicare:</u> RiverSpring Star (HMO I-SNP) continuará brindando cobertura para servicios cubiertos por el plan que la Parte A o B no cubran, estén o no relacionados con su pronóstico terminal. Usted debe pagar el monto del costo compartido del plan que le corresponde a estos servicios.</p> <p><u>Para medicamentos que pueden estar cubiertos por el beneficio de la Parte D del plan: Si estos medicamentos no están relacionados con su afección terminal, usted paga el costo compartido. Si están relacionados con su afección terminal, usted paga el costo compartido de Original Medicare.</u> Los medicamentos nunca están cubiertos por el centro para pacientes con enfermedades terminales y por nuestro plan al mismo tiempo. Para obtener más información, consulte la Sección 9.4 del Capítulo 5 (<i>¿Qué sucede si se encuentra en un centro para pacientes con enfermedades terminales certificado por Medicare?</i>).</p> <p>Nota: Si necesita atención no relacionada a los cuidados paliativos (atención que no está relacionada con su pronóstico terminal), debe comunicarse con nosotros para coordinar los servicios.</p>	
<p> Vacunas</p> <p>Los servicios cubiertos de la Parte B de Medicare son los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vacuna contra la neumonía. • Vacunas contra la gripe, una por cada temporada de gripe en otoño e invierno, con vacunas contra la gripe adicionales si es médicamente necesario. • Vacuna contra la hepatitis B si corre un riesgo alto o intermedio de contraer hepatitis B. • Vacuna contra el COVID-19. • Otras vacunas si está en riesgo y si cumplen las normas de cobertura de la Parte B de Medicare. <p>También cubrimos algunas vacunas conforme al beneficio de medicamentos con receta de la Parte D.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aviso importante sobre lo que usted paga por las vacunas: <ul style="list-style-type: none"> - 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>No hay coseguro, copago ni deducible para las vacunas contra la neumonía, la influenza, la hepatitis B y la COVID-19.</p>

Capítulo 4 Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted debe pagar)

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que tiene que pagar cuando recibe estos servicios
<p>Atención médica hospitalaria para pacientes internados</p> <p>Incluye hospitales de atención a largo plazo, rehabilitación para pacientes hospitalizados, atención aguda para pacientes hospitalizados y otros tipos de servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados. La atención hospitalaria para pacientes hospitalizados comienza el día en el que es admitido formalmente en el hospital con la orden de un médico. El día anterior a que le den el alta es su último día como paciente hospitalizado.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Habitación compartida (o privada si es médicamente necesario). • Comidas, incluidas dietas especiales. • Servicios de enfermería regular. • Costos de unidades de cuidados especiales (como las unidades de cuidados intensivos o las unidades de cuidados coronarios). • Fármacos y medicamentos. • Análisis de laboratorio. • Radiografías y otros servicios radiológicos. • Suministros quirúrgicos y médicos necesarios. • Uso de aparatos, como sillas de ruedas. • Costos del quirófano y la sala de recuperación. • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla y del lenguaje. • Servicios por abuso de sustancias para pacientes hospitalizados. 	<p>En 2024, usted paga: un deducible de \$0 para cada período de beneficios. Se aplica un deducible por hospitalización una vez durante el período de beneficios establecido.</p> <p>Días 1 al 60: coseguro de \$0 por cada período de beneficios.</p> <p>Días 61 al 90: coseguro de \$0 por cada período de beneficios.</p> <p>Del día 91 en adelante: coseguro de \$0 para cada día de reserva de por vida, luego del día 90 para cada período de beneficios (hasta 60 días durante su vida).</p> <p>* Se aplican normas de autorización previa para toda la atención hospitalaria para pacientes hospitalizados que no sea de emergencia.</p>

Capítulo 4 Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted debe pagar)

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que tiene que pagar cuando recibe estos servicios
Atención hospitalaria para pacientes internados (continuación)	
<ul style="list-style-type: none"> • En ciertas condiciones, los siguientes tipos de trasplantes están cubiertos: córnea, riñón, riñón-páncreas, corazón, hígado, pulmón, corazón/pulmón, médula espinal, célula troncal e intestinal/multivisceral. Si necesita un trasplante, coordinaremos con un centro de trasplante aprobado por Medicare para que revise su caso y decida si es candidato para un trasplante. Los proveedores que realicen el trasplante pueden estar dentro o fuera del área de servicio. Si nuestros servicios de trasplante dentro de la red están fuera del patrón de atención de la comunidad, usted puede elegir recibir atención a nivel local siempre que los proveedores de trasplante locales acepten la tarifa de Original Medicare. Si RiverSpring Star (HMO I-SNP) provee servicios de trasplante en una ubicación fuera del patrón de atención para trasplantes en su comunidad y usted elige obtener trasplantes en esta ubicación distante, organizaremos o pagaremos los costos apropiados de alojamiento y transporte para usted y un acompañante. • Sangre, incluido el almacenamiento y la administración. La cobertura de los análisis de sangre completa y concentrado de eritrocitos solo comienza con la cuarta pinta de sangre que necesita; debe pagar los costos de las primeras 3 pintas de sangre que obtiene en un año calendario, o bien, usted u otra persona deben donar la sangre. Todos los demás hemoderivados están cubiertos desde la primera pinta usada. • Servicios del médico. 	<p>Si obtiene atención médica autorizada para pacientes hospitalizados en un hospital que no forma parte de la red una vez que su condición de emergencia se ha estabilizado, su costo es el costo compartido que pagaría en un hospital que forma parte de la red.</p>
<p>Nota: Para ser paciente internado, su proveedor debe emitir una orden para ingresarlo de manera formal como paciente internado del hospital. Incluso si permanece una noche en el hospital, igualmente se lo puede considerar paciente externo. Si no está seguro de si es paciente internado o paciente externo, debe preguntarle al personal del hospital.</p> <p>También puede obtener más información en la hoja de datos de Medicare llamada <i>“Es usted un paciente internado o un paciente externo? Si está inscrito en Medicare, ¡pregunte!”</i>. Esta hoja de datos está disponible en el sitio web https://www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-Inpatient-or-Outpatient.pdf o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar las 24 horas del día, los 7 días de la semana y la llamada es gratuita.</p>	

Capítulo 4 Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted debe pagar)

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que tiene que pagar cuando recibe estos servicios
<p>Servicios para pacientes internados en un hospital psiquiátrico</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen servicios de atención médica mental que requieran una internación. Recibe 190 días durante toda su vida para servicios de salud mental para pacientes hospitalizados 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>En 2024, usted paga: un deducible de \$0 para cada período de beneficios. Se aplica un deducible por hospitalización una vez durante el período de beneficios establecido.</p> <p>Días 1 al 60: coseguro de \$0 por cada período de beneficios.</p> <p>Días 61 al 90: coseguro de \$0 por cada período de beneficios.</p> <p>Del día 91 en adelante: coseguro de \$0 para cada día de reserva de por vida, luego del día 90 para cada período de beneficios (hasta 60 días durante su vida).</p> <p>Después de los días de reserva de por vida: \$0.</p> <p>* Se aplican normas de autorización previa para toda la atención hospitalaria para pacientes hospitalizados que no sea de emergencia.</p>

Capítulo 4 Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted debe pagar)

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que tiene que pagar cuando recibe estos servicios
<p>Internación: Servicios cubiertos recibidos en un hospital o centro de enfermería especializada (SNF) durante una internación para pacientes internados no cubierta</p> <p>Si ha agotado sus beneficios para pacientes hospitalizados o si la internación para pacientes hospitalizados no es razonable ni necesaria, no la cubriremos. Sin embargo, en algunos casos, cubriremos determinados servicios que reciba mientras usted está en el hospital o el centro de enfermería especializada (SNF). Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios del médico. • Pruebas de diagnóstico (como análisis de laboratorio) • Radiografías, terapia con radio e isótopo, incluidos materiales y servicios técnicos • Apósitos quirúrgicos • Férulas, yesos y otros dispositivos usados para reducir fracturas y dislocaciones • Prótesis y equipos de órtesis (que no sean dentales) que reemplazan en forma total o parcial un órgano del cuerpo (incluido el tejido adyacente), o que reemplazan en forma total o parcial la función de un órgano del cuerpo que no funciona o funciona mal de manera permanente, incluido el reemplazo o la reparación de dichos equipos • Aparatos para la pierna, el brazo, la espalda y el cuello; bragueros y piernas, brazos y ojos artificiales, incluidos los ajustes, las reparaciones y los reemplazos necesarios debido a la rotura, el desgaste, la pérdida o un cambio en la condición física del paciente • Fisioterapia, terapia del habla y terapia ocupacional 	<p>Usted paga un coseguro del 20% sobre todos los servicios de radiología de diagnóstico aprobados por Medicare.</p> <p>Usted paga un coseguro del 20% sobre los procedimientos y las pruebas de diagnóstico aprobados por Medicare.</p> <p>Usted paga un coseguro del 20% por los servicios de laboratorio aprobados por Medicare.</p>
<p> Terapia de nutrición médica</p> <p>Este beneficio es para las personas con diabetes o con enfermedad renal (pero que no estén recibiendo diálisis), o luego de un trasplante de riñón cuando lo ordene su médico.</p> <p>Cubrimos 3 horas de servicios de terapia individual durante el primer año que recibe servicios de terapia de nutrición médica en virtud de Medicare (esto incluye nuestro plan, cualquier otro plan Medicare Advantage o de Original Medicare) y, en lo sucesivo, 2 horas por año. Si su enfermedad, tratamiento o diagnóstico cambian, podrá recibir más horas de tratamiento con la orden de un médico. El médico debe recetar estos servicios y renovar la orden médica todos los años si su tratamiento es necesario en el próximo año calendario.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para los servicios de terapia de nutrición médica cubiertos por Medicare.</p>

Capítulo 4 Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted debe pagar)

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que tiene que pagar cuando recibe estos servicios
<p> Los servicios del Programa de prevención de la diabetes de Medicare (MDPP, en inglés): Estarán cubiertos para los beneficiarios elegibles de Medicare conforme a los planes de salud de Medicare.</p> <p>El MDPP es una intervención de cambios del comportamiento de salud estructurado que brinda capacitación práctica en cambios de alimentación a largo plazo, incremento de la actividad física y estrategias para solucionar problemas a fin de superar los desafíos de bajar de peso y lograr un estilo de vida saludable.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para el beneficio del MDPP.</p>
<p>Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare</p> <p>Estos medicamentos están cubiertos por la Parte B de Original Medicare. Los miembros de nuestro plan reciben cobertura para estos medicamentos a través de nuestro plan. Los medicamentos cubiertos incluyen los siguientes:</p>	<p>Usted paga el 20 % del costo de medicamentos de quimioterapia de la Parte B de Medicare y otros medicamentos de la Parte B de Medicare.</p> <p>Paga un máximo de \$35 por un suministro de un mes de cada producto de insulina, sin importar en qué nivel de costo compartido se encuentre, incluso si no ha pagado su deducible.</p> <p>* Se requiere autorización previa.</p>

Capítulo 4 Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted debe pagar)

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que tiene que pagar cuando recibe estos servicios
<p>Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos que no suelen ser autoadministrados por el paciente y que son inyectados o infundidos mientras recibe servicios de un médico, hospitalarios para pacientes ambulatorios o en un centro quirúrgico para pacientes ambulatorios. • Insulina suministrada a través de un equipo médico duradero (como una bomba de insulina médicamente necesaria) • Otros medicamentos que toma mediante equipo médico duradero (como nebulizadores) que fueron autorizados por el plan. • Factores de coagulación que se autoadministran por inyección si tiene hemofilia. • Medicamentos inmunosupresores, si estaba inscrito en la Parte A de Medicare al momento en que se efectuó el trasplante de órganos. • Medicamentos inyectables para la osteoporosis si usted no puede salir de su hogar, tiene una fractura de hueso que un médico certifique que se debió a la osteoporosis posterior a la menopausia y no puede administrarse usted mismo el medicamento. • Antígenos. • Ciertos fármacos anticancerosos orales y fármacos para las náuseas. • Ciertos medicamentos para la diálisis en el hogar, como la heparina, el antídoto para la heparina cuando sea necesario desde el punto de vista médico, la anestesia local y los agentes estimulantes de la eritropoyesis (como Procrit®). • Inmunoglobulina intravenosa para el tratamiento en el hogar de las enfermedades por deficiencia inmunitaria. <p>El siguiente enlace le mostrará una lista de Medicamentos de la Parte B que pueden estar sujetos a Terapia Escalonada: https://riverspringstar.org/prescription-drugs/drug-coverage/</p> <p>También cubrimos algunas vacunas conforme al beneficio de medicamentos con receta de la Parte B y Parte D.</p> <p>El Capítulo 5 explica el beneficio de medicamentos con receta de la Parte D, incluidas las normas que debe respetar para que los medicamentos con receta estén cubiertos. Lo que paga por sus medicamentos con receta de la Parte D a través de nuestro plan se describe en el Capítulo 6.</p>	

Capítulo 4 Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted debe pagar)

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que tiene que pagar cuando recibe estos servicios
<p> Examen de detección de obesidad y terapia para mantener la pérdida de peso</p> <p>Si tiene un índice de masa corporal de 30 o más, cubrimos el servicio de asesoramiento intensivo para ayudarlo a perder peso. Este asesoramiento está cubierto si lo obtiene en un entorno de atención médica primaria, donde se pueda coordinar con su plan de prevención completo. Hable con su médico de atención primaria u otro profesional de la salud para obtener más información.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para el examen preventivo de detección y terapia para la obesidad.</p>
<p>Servicios del programa para el tratamiento por el uso de opioides</p> <p>Los miembros de nuestro plan con trastornos por uso de opioides (OUD, en inglés) pueden recibir cobertura de servicios para tratar el OUD a través de un Programa para el tratamiento por uso de opioides (OTP, en inglés) que incluye los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • medicamentos para el tratamiento asistido con medicamentos antagonistas y agonistas de opioides (MAT, en inglés) aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, en inglés) de los Estados Unidos. • Administración de medicamentos MAT (si corresponde) • Asesoramiento sobre el uso de sustancias • Terapia individual y de grupo • Pruebas de toxicología • Actividades de admisión • Evaluaciones periódicas 	<p>Usted paga un coseguro del 20 % del monto aprobado por Medicare para el servicio.</p> <p>* Se requiere autorización previa.</p>

Capítulo 4 Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted debe pagar)

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que tiene que pagar cuando recibe estos servicios
<p>Pruebas de diagnóstico y servicios y suministros terapéuticos ambulatorios</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Radiografías • Radioterapia (con radio e isótopo), incluidos suministros y materiales técnicos • Suministros quirúrgicos, como apósitos • Férulas, yesos y otros dispositivos usados para reducir fracturas y dislocaciones • Análisis de laboratorio • Sangre, incluido el almacenamiento y la administración. La cobertura de los análisis de sangre completa y concentrado de eritrocitos solo comienza con la cuarta pinta de sangre que necesita; debe pagar los costos de las primeras 3 pintas de sangre que obtiene en un año calendario, o bien, usted u otra persona deben donar la sangre. Todos los demás hemoderivados están cubiertos a partir de la primera pinta usada. • Otras pruebas de diagnóstico ambulatorias 	<p>Usted paga el 20% de coseguro del monto aprobado por Medicare para servicios radiológicos de diagnóstico, servicios radiológicos terapéuticos y suministros y servicios de radiografías</p> <p>Usted paga el 20% del monto aprobado por Medicare para pruebas de diagnóstico y servicios de laboratorio cubiertos por Medicare.</p> <p>Usted paga el 20% de los servicios de sangre aprobados por Medicare</p> <p>Procedimientos/pruebas de Diagnóstico: * No se requiere autorización.</p> <p>Servicios de laboratorio: Servicios de laboratorio de rutina: * No se requiere autorización.</p> <p>* Algunos análisis de laboratorio pueden requerir una autorización.</p>

Capítulo 4 Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted debe pagar)

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que tiene que pagar cuando recibe estos servicios
<p>Observación hospitalaria ambulatoria</p> <p>Los servicios de observación son servicios de observación hospitalaria ambulatorios suministrados para determinar si usted necesita ser admitido como paciente hospitalizado o si puede ser dado de alta.</p> <p>Para que los servicios de observación hospitalaria ambulatorios sean cubiertos, deben cumplir con los criterios de Medicare y deben considerarse razonables y necesarios. Los servicios de observación solamente se cubren cuando se proveen por orden de un médico u otra persona autorizada por la ley de licenciatura estatal y los estatutos del personal del hospital para admitir pacientes al hospital o para ordenar pruebas para pacientes ambulatorios.</p> <p>Nota: A menos que el proveedor le emita una orden para admitirlo como paciente hospitalizado, usted es un paciente ambulatorio y paga los montos de costo compartido para los servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios. Incluso si permanece una noche en el hospital, igualmente se lo puede considerar paciente externo. Si no está seguro de ser un paciente ambulatorio, consulte al personal del hospital.</p> <p>También puede obtener más información en la hoja de datos de Medicare llamada “<i>Es usted un paciente internado o un paciente externo? Si está inscrito en Medicare, ¡pregunte!</i>”. Esta hoja informativa está disponible en línea en https://www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-Inpatient-or-Outpatient.pdf o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar las 24 horas del día, los 7 días de la semana y la llamada es gratuita.</p>	<p>Usted paga un coseguro del 20% para servicios hospitalarios de monitoreo para pacientes ambulatorios aprobados por Medicare.</p> <p>* Se requiere autorización previa.</p>

Capítulo 4 Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted debe pagar)

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que tiene que pagar cuando recibe estos servicios
<p>Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios</p> <p>Cubrimos servicios médicamente necesarios que obtiene en el departamento para pacientes ambulatorios del hospital para el diagnóstico o tratamiento de una enfermedad o lesión.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios en un departamento de emergencias o clínica para pacientes ambulatorios, como servicios de observación o cirugía para pacientes ambulatorios • Análisis de laboratorio y pruebas de diagnóstico facturadas por el hospital. • Atención de la salud mental, incluida la atención médica en un programa de hospitalización parcial, si un médico certifica que sería necesario el tratamiento para pacientes hospitalizados sin esta. • Radiografías y otros servicios radiológicos facturados por el hospital. • Suministros médicos, como férulas y yesos. • Ciertos medicamentos y productos biológicos que no puede autoadministrarse. <p>Nota: A menos que el proveedor le emita una orden para admitirlo como paciente hospitalizado, usted es un paciente ambulatorio y paga los montos de costo compartido para los servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios. Incluso si permanece una noche en el hospital, igualmente se lo puede considerar paciente externo. Si no está seguro de ser un paciente ambulatorio, consulte al personal del hospital.</p> <p>También puede obtener más información en la hoja de datos de Medicare llamada <i>“Es usted un paciente internado o un paciente externo? Si está inscrito en Medicare, ¡pregunte!”</i>. Esta hoja informativa está disponible en línea en https://www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-Inpatient-or-Outpatient.pdf o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar las 24 horas del día, los 7 días de la semana y la llamada es gratuita.</p>	<p>Usted paga un coseguro del 20% para servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios aprobados por Medicare.</p> <p>* Se requiere autorización previa.</p>
<p>Atención de la salud mental para pacientes ambulatorios</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen los siguientes:</p> <p>Servicios de salud mental provistos por un psiquiatra o médico autorizado por el estado, un psicólogo clínico, un trabajador social clínico, una enfermera clínica especialista, un terapeuta profesional con licencia (LPC, en inglés), un terapeuta matrimonial y familiar con licencia (LMFT, en inglés), un profesional en enfermería (NP, en inglés), un auxiliar médico (PA, en inglés) u otros profesionales de la salud mental calificados por Medicare según las leyes estatales correspondientes.</p>	<p>Visita de terapia grupal ambulatoria con un psiquiatra: Usted paga un coseguro del 20%.</p> <p>Terapia individual de psiquiatría para pacientes externos: Usted paga un coseguro del 20%.</p> <p>* Se requiere autorización previa.</p>

Capítulo 4 Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted debe pagar)

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que tiene que pagar cuando recibe estos servicios
<p>Servicios de rehabilitación para pacientes externos</p> <p>Los servicios cubiertos por el plan incluyen los siguientes: fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla y del lenguaje.</p> <p>Los servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios son provistos en varios entornos para pacientes ambulatorios, como departamentos hospitalarios para pacientes ambulatorios, consultorios de terapeutas independientes y Centros de Rehabilitación Integral para Pacientes Ambulatorios (CORF).</p>	<p>Usted paga un coseguro del 20 % para visitas de fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla/del lenguaje aprobadas por Medicare.</p> <p>* Se requiere autorización previa.</p>
<p>Servicios por abuso de sustancias para pacientes externos</p> <p>Servicios por abuso de sustancias para pacientes ambulatorios provistos por un psiquiatra o médico autorizado por el estado, psicólogo clínico, trabajador social clínico, especialista en enfermería clínica, enfermero profesional, asistente médico u otros profesionales de abuso de sustancias calificados por Medicare según las leyes estatales correspondientes.</p>	<p>Usted paga el 20% del monto aprobado por Medicare para visitas de terapia grupal e individual.</p> <p>* Se requiere autorización previa.</p>
<p>Cirugía para pacientes ambulatorios, incluidos servicios suministrados en centros hospitalarios para pacientes ambulatorios y centros quirúrgicos para pacientes ambulatorios</p> <p>Nota: Si se someterá a una cirugía en un centro hospitalario, debe consultar a su proveedor para saber si usted será un paciente ambulatorio u hospitalizado. A menos que el proveedor le emita una orden para admitirlo como paciente hospitalizado, usted es un paciente ambulatorio y paga los montos de costo compartido por la cirugía para pacientes ambulatorios. Incluso si permanece una noche en el hospital, igualmente se lo puede considerar paciente externo.</p>	<p>Usted paga el 20% del monto aprobado por Medicare para servicios en un centro quirúrgico para pacientes ambulatorios.</p> <p>* No se requiere autorización para los servicios del centro de cirugía ambulatoria.</p> <p>Usted paga el 20% del monto aprobado por Medicare para servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios.</p> <p>* Se requiere autorización para los Servicios Hospitalarios para Pacientes Ambulatorios.</p>

Capítulo 4 Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted debe pagar)

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que tiene que pagar cuando recibe estos servicios
<p>Productos de venta libre (OTC) relacionados con la salud</p> <p>Los productos de venta libre cubiertos pueden comprarse únicamente para el miembro.</p> <p>Los artículos OTC se pueden comprar usando una tarjeta de débito OTC o haciendo un pedido a través de un catálogo. El miembro recibirá un catálogo de artículos de OTC aprobados. Este beneficio no puede canjearse por dinero en efectivo.</p> <p>Para obtener una lista de los artículos de OTC cubiertos, comuníquese con nuestro plan.</p>	<p>Puede gastar hasta \$185 cada mes para comprar ciertos productos de venta libre.</p> <p>Se puede usar hasta el 50% (\$92,50) para alimentos y productos OTC para la salud aprobados.</p> <p>Este monto no puede canjearse por dinero en efectivo.</p> <p>Los dólares otorgados para el beneficio de productos de venta libre no pueden transferirse al mes siguiente.</p>
<p>Servicios de hospitalización parcial y servicios intensivos para pacientes externos</p> <p>“Hospitalización parcial” es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo proporcionado como un servicio hospitalario para pacientes ambulatorios o por un centro comunitario de salud mental, que es más intenso que la atención recibida en el consultorio de su médico o terapeuta, y que es una alternativa para la hospitalización de pacientes.</p> <p>El servicio intensivo para pacientes externos es un programa estructurado de tratamiento activo de terapia de salud conductual (mental) más comprometido que la atención recibida en su consultorio del médico o terapeuta pero menos intenso que la hospitalización parcial, proporcionado en un departamento ambulatorio de un hospital, un centro comunitario de salud mental, un centro de salud calificado a nivel federal o un centro de salud rural.</p>	<p>Usted paga el 20% del monto aprobado por Medicare para servicios de hospitalización parcial.</p> <p>* Se requiere autorización previa.</p>

Capítulo 4 Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted debe pagar)

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que tiene que pagar cuando recibe estos servicios
<p>Servicios del médico/profesional, incluidas las visitas en el consultorio del médico</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de atención médica o cirugía médicamente necesarios brindados en el consultorio del médico, centro quirúrgico certificado para pacientes ambulatorios, departamento del hospital para pacientes ambulatorios u otro lugar • Consulta, diagnóstico y tratamiento de un especialista • Exámenes básicos de audición y equilibrio efectuados por su PCP o un especialista, si su médico lo solicita para saber si usted necesita tratamiento médico • Algunos servicios de telesalud incluyen consulta, diagnóstico y tratamiento por parte de un médico o profesional, para pacientes en ciertas áreas rurales u otros lugares aprobados por Medicare. • Servicios de telesalud para visitas mensuales relacionadas con enfermedad renal en etapa terminal para miembros que reciben diálisis domiciliaria en un hospital o en un centro de diálisis renal en un hospital, en una instalación de diálisis renal o en el hogar del miembro • Servicios de telesalud para diagnosticar, evaluar o tratar los síntomas de un accidente cerebrovascular, independientemente de su ubicación. • Servicios de telesalud para miembros con un trastorno por consumo de sustancias o trastorno de salud mental concurrente, independientemente de su ubicación. • Servicios de telesalud para diagnóstico, evaluación y tratamiento de trastornos de salud mental si: <ul style="list-style-type: none"> ○ Tiene una visita en persona dentro de los 6 meses anteriores a su primera visita de telesalud ○ Tiene una visita en persona cada 12 meses mientras recibe estos servicios de telesalud ○ Se pueden hacer excepciones a lo anterior para determinadas circunstancias. • Servicios de telesalud para visitas de salud mental proporcionados por clínicas de salud rurales y centros de salud calificados a nivel federal • Chequeos virtuales (por ejemplo, por teléfono o video chat) con su médico durante 5 a 10 minutos si: <ul style="list-style-type: none"> ○ No es paciente nuevo y ○ El chequeo no está relacionado con una visita al consultorio dentro de los 7 días anteriores y ○ El chequeo no conduce a una visita al consultorio dentro de las próximas 24 horas o la cita más rápida disponible 	<p>No tiene ningún costo compartido por los servicios de un médico/profesional.</p> <p>Usted paga el 20% por los servicios de médicos especialistas (excluidos los servicios psiquiátricos):</p>

Capítulo 4 Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted debe pagar)

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que tiene que pagar cuando recibe estos servicios
<ul style="list-style-type: none"> ● Evaluación de video o imágenes que envía a su médico, e interpretación y seguimiento por parte de su médico dentro de 24 horas <u>si</u>: <ul style="list-style-type: none"> ○ No es paciente nuevo y ○ La evaluación no está relacionada con una visita al consultorio dentro de los 7 días anteriores y ○ La evaluación no conduce a una visita al consultorio dentro de las próximas 24 horas o la cita más rápida disponible ● La consulta que su médico tiene con otros médicos por teléfono, Internet o registros médicos electrónicos ● Segunda opinión de otro proveedor que forma parte de la red antes de la cirugía ● Atención dental no de rutina (los servicios cubiertos por el plan están limitados a la cirugía de mandíbula o estructuras relacionadas, a la reducción de fracturas de la mandíbula o huesos faciales, a la extracción de piezas dentales para preparar la mandíbula para tratamientos de radiación para el cáncer neoplásico, o servicios que estarían cubiertos si los suministrara un médico). ● 	
<p>Servicios de podiatría</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● El diagnóstico y el tratamiento médico o quirúrgico de lesiones y enfermedades de los pies (como el dedo en martillo o espolones de talón). ● Atención médica de rutina para los pies para miembros con ciertos problemas de salud que afecten las extremidades inferiores. 	<p>Usted paga un coseguro del 20 % del monto aprobado por Medicare para servicios de podiatría.</p> <p>* Se requiere autorización previa</p>
<p> Exámenes de detección de cáncer de próstata</p> <p>Para hombres mayores de 50 años, los servicios cubiertos por el plan incluyen lo siguiente (una vez cada 12 meses):</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Examen de tacto rectal ● Prueba del antígeno específico de la próstata (PSA, en inglés) 	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para una prueba de PSA anual.</p> <p>Usted paga 20% de coseguro por el examen rectal digital</p>

Capítulo 4 Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted debe pagar)

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que tiene que pagar cuando recibe estos servicios
<p>Dispositivos protésicos y suministros relacionados</p> <p>Aparatos (que no sean dentales) que reemplazan en forma total o parcial una función o parte del cuerpo. Estos incluyen, entre otros, los siguientes: bolsas de colostomía y suministros directamente relacionados con atención de colostomía, marcapasos, bragueros, calzado ortopédico, extremidades artificiales y prótesis mamarias (incluidos los sostenes quirúrgicos después de una mastectomía). Incluye ciertos suministros relacionados con prótesis, y reemplazo o reparación de prótesis.</p> <p>También incluye cierta cobertura después de la cirugía o extracción de cataratas; consulte “<i>Servicios para la vista</i>” más adelante en esta sección para obtener más información.</p>	<p>Usted paga un coseguro del 20% para dispositivos protésicos aprobados por Medicare y por suministros médicos cubiertos por Medicare.</p> <p>* Se requiere autorización previa.</p>
<p>Servicios de rehabilitación pulmonar</p> <p>Los programas integrales de rehabilitación pulmonar están cubiertos para los miembros con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) de moderada a muy grave y que posean una orden médica de rehabilitación pulmonar del médico que trata la enfermedad respiratoria crónica.</p>	<p>Usted paga el 20% del monto aprobado por Medicare para servicios de rehabilitación pulmonar.</p> <p>* Se requiere autorización previa.</p>
<p> Exámenes de detección y terapia para reducir el abuso de alcohol</p> <p>Cubrimos un examen de detección de abuso de alcohol para adultos inscritos en Medicare (incluidas las embarazadas) que abusen del alcohol, pero no tengan una adicción.</p> <p>Si la evaluación para detectar la presencia de abuso de alcohol resulta positiva, puede obtener hasta 4 sesiones de terapia breves individuales por año (si es competente y está alerta durante la terapia) proporcionadas por un profesional o médico elegible de atención médica básica en un entorno de atención médica básica.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para el beneficio preventivo de terapia y examen de detección para reducir el abuso de alcohol cubierto por Medicare.</p>

Capítulo 4 Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted debe pagar)

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que tiene que pagar cuando recibe estos servicios
<p> Examen de detección de cáncer de pulmón con tomografía computarizada de baja dosis (LDCT)</p> <p>Para las personas que cumplen con los requisitos, se cubre un examen de detección de cáncer de pulmón con tomografía computarizada de baja dosis (LDCT, en inglés) cada 12 meses.</p> <p>Los miembros elegibles son los siguientes: personas de entre 50 y 77 años que no tengan signos ni síntomas de cáncer de pulmón pero que tengan antecedentes de consumo de tabaco de al menos 20 paquetes-año y que fumen actualmente, o que hayan dejado de fumar en los últimos 15 años, que reciban una orden por escrito para una LDCT durante una visita de asesoría y toma de decisiones compartida sobre cáncer de pulmón que cumpla con los criterios de Medicare para dichas visitas y sea prestada por un médico o un profesional calificado que no sea médico.</p> <p>Para las <i>evaluaciones de cáncer de pulmón con LDCT después de la prueba de detección inicial de LDCT</i>: los miembros deben recibir una orden por escrito para la evaluación de cáncer de pulmón con LDCT, que puede ser prestada durante cualquier visita adecuada a un médico o profesional calificado que no sea médico. Si un médico o profesional calificado que no sea médico deciden proporcionar una visita de asesoría y toma de decisiones compartida sobre cáncer de pulmón para evaluaciones de cáncer de pulmón subsiguientes con LDCT, la visita debe cumplir con los requisitos de Medicare para dichas visitas.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para la visita de asesoría y toma de decisiones compartida cubierta por Medicare o para la LDCT.</p>
<p> Exámenes de detección de enfermedades de transmisión sexual (STI, en inglés) y terapia para prevenirlas</p> <p>Cubrimos los exámenes de detección de enfermedades de transmisión sexual (STI, en inglés) para clamidia, gonorrea, sífilis y hepatitis B. Estos exámenes de detección están cubiertos para embarazadas y ciertas personas con mayor riesgo de contraer una STI cuando un proveedor de atención primaria los ordena. Cubrimos estas pruebas una vez cada 12 meses o en momentos determinados durante el embarazo.</p> <p>También cubrimos hasta dos sesiones de terapia de conducta de alta intensidad, individuales, en persona, de 20 a 30 minutos, por año, para adultos sexualmente activos con mayor riesgo de contraer STIs. Solo cubrimos estas sesiones de asesoramiento como servicio preventivo si las suministra un proveedor de atención primaria y si tienen lugar en un entorno de atención médica básica como el consultorio de un médico.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para el beneficio preventivo de exámenes de detección de STI y asesoramiento para STI cubiertos por Medicare.</p>

Capítulo 4 Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted debe pagar)

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que tiene que pagar cuando recibe estos servicios
<p>Servicios para el tratamiento de enfermedades renales</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de educación sobre enfermedad renal para enseñar el cuidado renal y ayudar a los miembros a tomar decisiones informadas sobre su atención. Para miembros con enfermedad renal crónica en etapa IV referidos por su médico, cubrimos hasta seis sesiones de servicios de educación sobre enfermedad renal para toda la vida. • Tratamientos de diálisis para pacientes ambulatorios (incluidos los tratamientos de diálisis cuando se está temporalmente fuera del área de servicio, como se explicó en el Capítulo 3, o cuando tu proveedor de este servicio no está disponible temporalmente). • Tratamientos de diálisis para pacientes internados (si lo admiten como paciente internado en un hospital para cuidados médicos especializados) • Capacitación de autodiálisis (incluye la capacitación para usted y una persona que lo ayude con sus tratamientos de diálisis en el hogar) • Equipo y suministros para diálisis domiciliaria • Ciertos servicios de apoyo en el hogar (como, cuando sea necesario, visitas de empleados capacitados en diálisis para verificar su diálisis en el hogar, para ayudar en caso de emergencia, y para verificar sus suministros de agua y equipo de diálisis) <p>Ciertos medicamentos para diálisis están cubiertos por su beneficio de medicamentos de la Parte B de Medicare. Si desea información sobre cobertura para los medicamentos de la Parte B, ingrese en la sección “Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare”.</p>	<p>Usted paga el 20 % del monto aprobado por Medicare para diálisis renal.</p> <p>Usted paga el 20 % del monto aprobado por Medicare para servicios de educación sobre enfermedad renal.</p> <p>* No se requiere autorización para los Servicios educativos sobre enfermedades renales.</p> <p>Se requiere autorización previa para un miembro no certificado como ESRD en el formulario HCFA 2728.</p>

Capítulo 4 Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted debe pagar)

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que tiene que pagar cuando recibe estos servicios
<p>Atención en un centro de atención de enfermería especializada (SNF, en inglés)</p> <p>(Para la definición de “atención en un centro de enfermería especializada”, consulte el capítulo 12 de este documento. Los centros de enfermería especializada a veces se denominan “SNF”).</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Habitación compartida (o privada si es médicamente necesario) • Comidas, incluidas dietas especiales • Servicios de enfermería especializada • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla • Medicamentos que se le administren como parte de su plan de atención (esto incluye sustancias naturalmente presentes en el cuerpo, como los factores de coagulación de la sangre) • Sangre, incluido el almacenamiento y la administración. La cobertura completa de la sangre y glóbulos rojos empacados solo comienza con la cuarta pinta de sangre que necesita; debe pagar los costos de las primeras tres pintas de sangre que obtiene en un año calendario, o bien, usted u otra persona deben donar la sangre. Todos los demás hemoderivados están cubiertos desde la primera pinta usada. • Suministros médicos y quirúrgicos generalmente son suministrados por el SNF • Análisis de laboratorio que brindan en general los SNF • Radiografías y otros servicios de radiología que brindan en general los SNF • Uso de aparatos, como sillas de ruedas, que brindan en general los SNF • Servicios del médico/profesional <p>En general, recibirá su atención en centros de enfermería especializada que forman parte de la red. No obstante, en ciertas condiciones, que se enumeran a continuación, puede pagar el costo compartido dentro de la red para un centro que no sea proveedor de la red, si el centro acepta los montos de pago de nuestro plan.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un hogar de convalecencia o comunidad de atención continua para personas mayores donde estaba viviendo justo antes de ir al hospital (siempre que brinde atención de centro de atención de enfermería especializada). • Un SNF donde viva su cónyuge o pareja al momento en que usted abandona el hospital. 	<p>En 2024, usted paga lo siguiente por cada período de beneficios (luego de al menos una hospitalización de 3 días cubierta por Medicare):</p> <p>No hay límite para la cantidad de períodos de beneficios.</p> <p>El plan cubre hasta 100 días en cada período de beneficios; se requiere una hospitalización previa de 3 días.</p> <p>Días 1-20: \$0 por día. Días 21-100: \$0 por día.</p> <p>Días 101 y posteriores: \$0 por día.</p> <p>* Se requiere autorización previa.</p> <p>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.</p> <p>Si acude a un hospital o a un SNF luego de que finalizó un período de beneficios, comenzará un nuevo período de beneficios.</p>

Capítulo 4 Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted debe pagar)

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que tiene que pagar cuando recibe estos servicios
<p> Servicios para dejar de fumar (asesoramiento para dejar de fumar o consumir tabaco)</p> <p><u>Si consume tabaco pero no tiene signos o síntomas de enfermedad relacionada con el tabaco:</u> Cubrimos dos intentos de dejar de fumar con asesoramiento dentro de un período de 12 meses como servicio preventivo sin costo para usted. Cada intento con asesoramiento incluye un máximo de cuatro visitas personales.</p> <p><u>Si consume tabaco y se le ha diagnosticado una enfermedad relacionada con el tabaco o toma medicamentos que puedan ser afectados por el tabaco:</u> Cubrimos los servicios de asesoramiento para dejar de fumar. Cubrimos dos intentos para dejar de fumar con asesoramiento dentro de un período de 12 meses; no obstante, usted pagará el costo compartido aplicable. Cada intento con asesoramiento incluye un máximo de cuatro visitas personales.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para los beneficios preventivos para dejar de fumar cubiertos por Medicare.</p>

Capítulo 4 Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted debe pagar)

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que tiene que pagar cuando recibe estos servicios
<p>Beneficios complementarios especiales para enfermedades crónicas</p> <p>Beneficio para medicamentos de venta libre + comestibles:</p> <p>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.</p> <p>A los miembros elegibles se les notificará y recibirán instrucciones sobre cómo acceder al beneficio para comestibles.</p> <p>Los miembros con las siguientes afecciones crónicas pueden ser elegibles para este beneficio:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Trastornos autoinmunes ○ Cáncer ○ Trastornos cardiovasculares ○ Dependencia crónica de alcohol y otras drogas ○ Afecciones de salud mental crónicas e incapacitantes ○ Insuficiencia cardíaca crónica ○ Trastornos pulmonares crónicos ○ Demencia ○ Diabetes ○ Enfermedad hepática terminal ○ Enfermedad renal terminal (ESRD, en inglés) ○ Trastornos endócrinos ○ Trastornos gastrointestinales ○ VIH/SIDA ○ Hipertensión ○ Trastornos neurológicos ○ Osteoartritis ○ Trastornos hematológicos graves ○ Accidente cerebrovascular 	<p>El monto del beneficio para productos de venta libre + comestibles es de \$185 por mes. Se le permite gastar el 50% (\$92,50) del monto del beneficio de venta libre en alimentos y productos frescos.</p>

Capítulo 4 Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted debe pagar)

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que tiene que pagar cuando recibe estos servicios
<p>Terapia con ejercicios supervisados (SET, en inglés)</p> <p>La terapia SET está cubierta para los miembros que tienen Enfermedad Arterial Periférica (PAD, en inglés) y una remisión para PAD de un médico responsable del tratamiento de PAD.</p> <p>Se cubre un máximo de 36 sesiones para un período de 12 semanas si se cumplen los requisitos del programa SET.</p> <p>El programa SET debe:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Estar compuesto de sesiones que duren de 30 a 60 minutos, que incluyan un programa de entrenamiento de ejercicios terapéuticos para PAD en pacientes con claudicación • Realizarse en un hospital para pacientes externos o en un consultorio médico • Ser suministrado por personal auxiliar calificado para asegurar que los beneficios superen los daños, y personal capacitado en terapia de ejercicios para PAD • Estar bajo la supervisión directa de un médico, auxiliar médico, profesional en enfermería o especialista en enfermería clínica que debe estar capacitado en técnicas de soporte vital básicas y avanzadas <p>Es posible que se ofrezca la cobertura de SET por más de 36 sesiones en un período de 12 semanas para 36 sesiones adicionales para un período de tiempo extendido si un proveedor de atención médica lo considera necesario.</p>	<p>Usted paga el 20 % del monto aprobado por Medicare para los servicios de SET.</p> <p>* Se requiere autorización previa.</p>

Capítulo 4 Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted debe pagar)

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que tiene que pagar cuando recibe estos servicios
<p>Servicios de urgencia</p> <p>Los servicios de urgencia se brindan para tratar una enfermedad, lesión o afección médica imprevista que no es de emergencia y que requiere atención médica inmediata, pero dadas sus circunstancias, no es posible o no es razonable obtener servicios de proveedores de la red. Si, dadas sus circunstancias, no es razonable obtener atención médica inmediata de un proveedor de la red, entonces su plan cubrirá los servicios que se necesitan con urgencia de un proveedor fuera de la red.</p> <p>Los servicios deben ser necesarios de inmediato y médicamente necesarios. Ejemplos de servicios necesarios con urgencia que el plan debe cubrir fuera de la red ocurren si: Está temporalmente fuera del área de servicio del plan y requiere servicios inmediatos médicamente necesarios por una afección imprevista, pero no es una emergencia médica; o no es razonable, dadas sus circunstancias, obtener inmediatamente atención médica de un proveedor de la red. El costo compartido de los servicios de urgencia prestados por proveedores fuera de la red es el mismo que tendrían si fueran prestados por proveedores dentro de la red.</p> <p>Este beneficio está disponible solo en los Estados Unidos.</p>	<p>Usted paga un coseguro del 20 % (de hasta \$55) del monto aprobado por Medicare para el servicio.</p> <p>No hay coseguro si lo internan en el hospital en un plazo de 3 días.</p> <p>En un entorno hospitalario para pacientes externos, usted también paga al hospital un coseguro.</p>

Capítulo 4 Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted debe pagar)

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que tiene que pagar cuando recibe estos servicios
<p> Atención de la vista</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios médicos para pacientes externos para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades y lesiones del ojo, incluido el tratamiento por degeneración macular relacionada con la edad. Original Medicare no cubre exámenes de la vista de rutina (refracciones oculares) para anteojos/lentes de contacto. • Para las personas con alto riesgo de glaucoma, cubriremos un examen de detección de glaucoma cada año. Entre las personas con alto riesgo de glaucoma se incluyen: personas con historial familiar de glaucoma, personas con diabetes, afroamericanos de 50 años de edad en adelante e hispanoamericanos de 65 años de edad en adelante. • Para las personas con diabetes, la prueba de detección de retinopatía diabética se cubre una vez por año. • Un par de anteojos o lentes de contacto después de cada cirugía de cataratas que incluya inserción de lente intraocular. (Si tiene dos operaciones de cataratas por separado, no puede reservar el beneficio después de la primera cirugía y adquirir dos pares de anteojos después de la segunda cirugía). 	<p>Usted paga el 20 % del monto aprobado por Medicare para exámenes para diagnosticar o tratar enfermedades y afecciones de la vista (que incluye el examen anual de detección de glaucoma).</p> <p>Usted paga el 20 % del monto aprobado por Medicare para anteojos o lentes de contacto después de una cirugía de cataratas.</p> <p>* Se requiere autorización previa para exámenes de la vista.</p> <p>* <i>No se requiere autorización previa para gafas.</i></p>
<p> Visita preventiva de bienvenida a Medicare</p> <p>El plan cubre una sola vez la visita preventiva de bienvenida a Medicare. La visita incluye una evaluación de su salud, así como educación y asesoramiento acerca de los servicios preventivos que necesita (incluidos ciertos exámenes de detección y vacunas) y remisiones para otro tipo de atención, en caso de ser necesario.</p> <p>Información importante: Cubrimos la visita preventiva de bienvenida a Medicare solo dentro de los primeros 12 meses que tenga la Parte B de Medicare.</p> <p>Cuando programe su cita, informe al consultorio de su médico que desea programar su visita preventiva de bienvenida a Medicare.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para la visita preventiva de bienvenida a Medicare.</p>

Capítulo 4 Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted debe pagar)**SECCIÓN 3 ¿Cuáles son los servicios que no están cubiertos por el plan?****Sección 3.1 Servicios que *no* cubrimos (exclusiones)**

En esta sección le explicamos cuáles son los servicios que están excluidos de la cobertura de Medicare y, por lo tanto, no están cubiertos por este plan.

El cuadro que aparece a continuación muestra los servicios y productos que no están cubiertos bajo ninguna condición o están cubiertos únicamente en condiciones específicas.

Si usted necesita servicios que estén excluidos (no cubiertos), tendrá que pagarlos usted mismo excepto bajo las condiciones específicas a continuación. Incluso si usted recibe los servicios excluidos en un centro de emergencias, dichos servicios aún no se cubrirán y nuestro plan no pagará por ellos. La única excepción es si el servicio se apela y se decide en la apelación que es un servicio médico que deberíamos haber pagado o cubierto debido a su situación específica. (Para obtener información acerca de la apelación de una decisión que hayamos tomado para no cubrir un servicio médico, consulte la Sección 5.3 del Capítulo 9 de este manual).

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubierto bajo ninguna condición	Servicios que solo se cubren bajo condiciones específicas
Acupuntura.		<ul style="list-style-type: none"> • Disponible para personas con dolor lumbar crónico bajo ciertas circunstancias.
Procedimientos o cirugías estéticos		<ul style="list-style-type: none"> • Cubiertos en caso de una lesión accidental o para la mejora del funcionamiento de un miembro del cuerpo malformado. • Cubierto para todas las etapas de reconstrucción de una mama después de una mastectomía, así como para la mama no afectada para obtener una apariencia simétrica.
<p>Atención de custodia</p> <p>La atención de custodia es la atención personal que no requiere de atención continua de personal médico o paramédico capacitado, como la atención que lo ayuda con las actividades cotidianas, como bañarse o vestirse</p>	Servicios que no se cubren bajo ninguna condición	

Capítulo 4 Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted debe pagar)

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubierto bajo ninguna condición	Servicios que solo se cubren bajo condiciones específicas
<p>Medicamentos, equipos y procedimientos quirúrgicos y médicos experimentales.</p> <p>Productos y procedimientos experimentales son aquellos productos y procedimientos que, según nuestro plan y Original Medicare, no son generalmente aceptados por la comunidad médica.</p>		<ul style="list-style-type: none"> Pueden estar cubiertos por Original Medicare conforme a un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare o por nuestro plan. <p>(Consulte la Sección 5 del Capítulo 3 para obtener más información sobre estudios de investigación clínica).</p>
Tarifas cobradas por la atención de sus familiares directos o miembros de su grupo familiar.	Servicios que no se cubren bajo ninguna condición	
Atención de enfermería de tiempo completo en su hogar.	Servicios que no se cubren bajo ninguna condición	
Servicios de alimentos a domicilio.	No cubierto bajo ninguna condición	
Los servicios domésticos incluyen asistencia básica en el hogar, incluidas las tareas domésticas sencillas o preparación de comidas sencillas.	Servicios que no se cubren bajo ninguna condición	
Servicios de naturopatía (uso de tratamientos naturales o alternativos).	Servicios que no se cubren bajo ninguna condición	
Atención dental no de rutina		<ul style="list-style-type: none"> La atención dental necesaria para tratar una enfermedad o lesión puede estar cubierta como atención para pacientes internados o externos.
Calzado ortopédico o aparatos de apoyo para los pies.		<ul style="list-style-type: none"> Zapatos que forman parte de un aparato ortopédico para la pierna y están incluidos en el costo del aparato ortopédico. Calzado terapéutico u ortopédico para personas con enfermedad del pie diabético.
Productos personales en su habitación de hospital o de un centro de enfermería especializada, como un teléfono o una televisión.	Servicios que no se cubren bajo ninguna condición	

Capítulo 4 Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted debe pagar)

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubierto bajo ninguna condición	Servicios que solo se cubren bajo • condiciones específicas
Habitación privada en un hospital.		• Cubierto solo cuando es médicamente necesario.
Procedimientos para revertir la esterilización o suministros anticonceptivos sin receta.	Servicios que no se cubren bajo ninguna condición	
Atención quiropráctica de rutina		• La manipulación de la columna vertebral para corregir una subluxación está cubierta.
Atención dental de rutina, como limpiezas, empastes o dentaduras postizas	Servicios que no se cubren bajo ninguna condición	
Exámenes de la vista de rutina, anteojos, queratotomía radial, cirugía LASIK, y otros accesorios para los problemas de la vista.		• El examen de la vista y un par de anteojos (o lentes de contacto) están cubiertos después de una cirugía de cataratas.
Atención médica de rutina para los pies		• Cierta cobertura limitada proporcionada conforme a las pautas de Medicare (por ejemplo, si tiene diabetes).
Pruebas de audición de rutina, audífonos o pruebas para ajustar audífonos.	Servicios que no se cubren bajo ninguna condición	
Servicios considerados no razonables y necesarios, según los estándares de Original Medicare.	Servicios que no se cubren bajo ninguna condición	

CAPÍTULO 5:

Cómo utilizar la cobertura del plan para medicamentos con receta de la Parte D

Capítulo 5 Cómo utilizar la cobertura del plan para medicamentos con receta de la Parte D

SECCIÓN 1 Introducción

Este capítulo **explica las normas para usar su cobertura de los medicamentos de la Parte D.** Consulte el Capítulo 4 para conocer los beneficios de medicamentos de la Parte B de Medicare y los beneficios de medicamentos de hospicios.

Sección 1.1 Normas básicas para la cobertura de medicamentos de la Parte D
--

Por lo general, el plan cubrirá sus medicamentos, siempre y cuando siga estas normas básicas:

- Debe pedirle a un proveedor (un médico, dentista u otra persona que receta) que le escriba una receta que debe ser válida según la ley estatal aplicable.
- La persona que receta no debe estar en las listas de exclusión o preclusión de Medicare.
- Por lo general, tiene que acudir a una farmacia de la red para surtir su medicamento con receta. (Consulte la Sección 2, *Surta sus recetas en una farmacia de la red o a través del servicio de pedido por correo del plan*).
- Su medicamento tiene que estar en la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* (la llamamos "Lista de medicamentos" para abreviar). (Consulte la Sección 3, *Sus medicamentos deben estar en la "Lista de medicamentos" del plan*).
- Su medicamento debe ser usado para una indicación médicamente aceptada. Una indicación médicamente aceptada es un uso del medicamento que está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos, o respaldado por ciertas referencias. (Consulte la Sección 3 para obtener más información acerca de una indicación médicamente aceptada).

SECCIÓN 2 Surta sus recetas en una farmacia de la red o a través del servicio de pedido por correo del plan

Sección 2.1 Utilice una farmacia de la red
--

En la mayoría de los casos, sus recetas están cubiertas solo si son surtidas en las farmacias de la red del plan. (Consulte la Sección 2.5 para obtener información sobre cuándo cubriríamos los medicamentos con receta surtidos en farmacias fuera de la red).

Una farmacia de la red es una farmacia que tiene un contrato con el plan para proporcionarle los medicamentos con receta cubiertos. El término "medicamentos cubiertos" se refiere a todos los medicamentos con receta de la Parte D que están en la "Lista de medicamentos" del plan.

Sección 2.2 Farmacias de la red

¿Cómo encontrar una farmacia de la red en su área?

Para encontrar una farmacia de la red, puede buscar en su *Directorio de farmacias*, visitar nuestro sitio web (www.RiverSpringHealthPlans.org) y/o llamar al Departamento de Servicios para Miembros.

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

Capítulo 5 Cómo utilizar la cobertura del plan para medicamentos con receta de la Parte D

¿Qué sucede si la farmacia a la que había estado acudiendo deja la red?

Si la farmacia a la que había estado acudiendo deja la red del plan, tendrá que encontrar una nueva farmacia que esté dentro de la red. Para encontrar otra farmacia en su área, puede obtener ayuda del Departamento de Servicios para Miembros o utilizar el *Directorio de farmacias*. También puede encontrar esta información en nuestro sitio web en www.RiverSpringHealthPlans.org.

¿Qué sucede si necesita una farmacia especializada?

Algunas recetas se deben surtir en una farmacia especializada. Las farmacias especializadas incluyen las siguientes:

- Farmacias que suministran fármacos para terapia de infusión domiciliaria.
- Farmacias que suministran medicamentos para residentes de centros de atención médica a largo plazo (LTC, en inglés). Por lo general, los centros de atención médica aguda de largo plazo (LTC) (tales como un hogar de convalecencia) tienen su propia farmacia. Si tiene alguna dificultad para acceder a sus beneficios de la Parte D en un centro LTC, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros.
- Farmacias que brindan un servicio al programa de salud para pueblos indígenas/tribales/urbanos del Servicio de Salud Indígena (Indian Health Service/Tribal/Urban Indian Health Program) (no disponible en Puerto Rico). Excepto en casos de emergencia, solo los indígenas estadounidenses o los nativos de Alaska tienen acceso a estas farmacias en nuestra red.
- Farmacias que dispensan medicamentos restringidos por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) para determinados lugares o que requieren una manipulación especial, coordinación del proveedor, o educación para su uso. (**Nota:** este supuesto solo ocurre en raras ocasiones).

Para localizar una farmacia especializada, busque en su *Directorio de farmacias* o llame al Departamento de Servicios para Miembros.

Sección 2.3 Cómo usar los servicios de pedido por correo del plan

Para obtener ciertos tipos de medicamentos, usted puede utilizar el servicio de pedidos por correo de la red del plan. En general, los medicamentos obtenidos a través de pedidos por correo postal son medicamentos que toma regularmente para una afección crónica o a largo plazo. Estos medicamentos están marcados como **medicamentos de pedido por correo** en nuestra "Lista de medicamentos".

El servicio de pedido por correo de nuestro plan le permite pedir, **como mínimo, un suministro para 30 días del medicamento y no más de un suministro para 90 días.**

Para obtener formularios de pedido e información sobre cómo surtir sus recetas por correo, llame al número que figura en el reverso de su tarjeta de beneficios.

Por lo general, una orden de una farmacia de pedido por correo no tardará más de 10 días en entregarse. Llame al número que figura en el reverso de su tarjeta de beneficios si el pedido por correo se retrasa.

Capítulo 5 Cómo utilizar la cobertura del plan para medicamentos con receta de la Parte D**Recetas médicas nuevas que la farmacia recibe directamente del consultorio de su médico.**

La farmacia surtirá y entregará automáticamente las nuevas recetas que reciba de los proveedores de atención médica, sin consultar con usted primero, si:

- Usó servicios de pedidos por correo con este plan anteriormente, o
- Usted está registrado para la entrega automática de todas las recetas nuevas recibidas directamente de los proveedores de atención médica. Puede solicitar la entrega automática de todas las recetas nuevas en cualquier momento comunicándose con Servicio al Cliente.

Si recibe automáticamente por correo una receta que no desea y no se comunicaron con usted para ver si la deseaba antes de que se enviara, puede ser elegible para un reembolso.

Si utilizó el pedido por correo anteriormente y no desea que la farmacia surta y envíe automáticamente cada nueva receta, comuníquese con nosotros llamando a Servicio al Cliente.

Si nunca ha utilizado nuestra entrega de pedidos por correo y/o decide detener el surtido automático de nuevas recetas, la farmacia se comunicará con usted cada vez que reciba una nueva receta de un proveedor de atención médica para ver si desea que el medicamento se surta y se envíe de inmediato. Es importante que responda cada vez que la farmacia se comunique con usted para informarles si deben enviar, retrasar o cancelar la nueva receta.

Para elegir no recibir entregas automáticas de nuevas recetas recibidas directamente del consultorio de su proveedor de atención médica, comuníquese con nosotros llamando al Servicio al Cliente.

Cómo resurtir los medicamentos con receta pedidos por correo. Para resurtir sus medicamentos tiene la opción de inscribirse en un programa de reabastecimiento automático. Conforme a este programa, comenzaremos a procesar el próximo resurtido automáticamente cuando nuestros registros muestren que está próximo a quedarse sin medicamento. La farmacia se comunicará con usted antes del envío de cada resurtido para asegurarse de que necesita más medicamento; usted puede cancelar resurtidos programados si tiene suficiente medicamento o si hubo cambios en su medicamento.

Si decide no utilizar nuestro programa de resurtido automático pero aún desea que la farmacia de pedidos por correo le envíe su receta, comuníquese con su farmacia 14 días antes de que se acabe su receta actual. Esto garantizará que su pedido se le envíe a tiempo.

Para dejar de participar en el programa que prepara automáticamente los resurtidos de pedidos por correo, comuníquese con nosotros llamando al Servicio al Cliente.

Si recibe automáticamente por correo un resurtido que no desea, puede ser elegible para un reembolso.

Capítulo 5 Cómo utilizar la cobertura del plan para medicamentos con receta de la Parte D**Sección 2.4 ¿Cómo obtener un suministro de medicamentos a largo plazo?**

El plan ofrece dos formas de obtener un suministro a largo plazo (también llamado suministro extendido) de medicamentos de mantenimiento en la “Lista de medicamentos” de nuestro plan. (Los medicamentos de mantenimiento son medicamentos que se toman regularmente para una afección médica crónica o de largo plazo).

1. Algunas farmacias minoristas que forman parte de nuestra red le permiten adquirir suministros de medicamentos de mantenimiento a largo plazo. Su *Directorio de farmacias* muestra cuáles son las farmacias de nuestra red que pueden proporcionarle suministros de medicamentos de mantenimiento de largo plazo. También puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros.
2. También puede recibir medicamentos de mantenimiento a través de nuestro programa de pedidos por correo. Para obtener más información, consulte la Sección 2.3.

Sección 2.5 ¿Cuándo puede utilizar una farmacia que no figure en la red del plan?**Es posible que su receta esté cubierta en determinadas situaciones.**

Por lo general, cubrimos medicamentos surtidos en una farmacia fuera de la red solo cuando usted no pueda acudir a una farmacia de la red. **En estos casos, primero consulte al Departamento de Servicio para Miembros** para ver si hay alguna farmacia dentro de la red cerca de usted. Es posible que deba pagar la diferencia entre lo que paga por el medicamento en una farmacia fuera de la red y el costo de lo que cubriríamos en una farmacia dentro de la red.

Si no puede acudir a una farmacia de la red, a continuación mencionamos las circunstancias en las cuales le cubriríamos los medicamentos con receta surtidos en una farmacia fuera de la red:

- Si está tomando un medicamento de mantenimiento y planea viajar, asegúrese de revisar cuánta medicación tiene antes de irse. Si no tiene suficiente, algunas farmacias minoristas permitirán un suministro por día extendido del medicamento.
- Si se encuentra fuera del área de servicio del plan y se enferma, pierde o se le termina el medicamento con receta, cubriremos los medicamentos con receta que se surtan en una farmacia fuera de la red si cumple con todas las demás normas de cobertura.

¿Cómo pedir un reembolso del plan?

Si se ve obligado a utilizar una farmacia fuera de la red, en general tendrá que pagar el costo total (en lugar de su parte del costo compartido) en el momento en que surta su medicamento con receta. Puede solicitar que le reembolsemos nuestra parte del costo compartido. (La Sección 2 del Capítulo 7 explica cómo solicitar al plan que le devuelva el dinero).

SECCIÓN 3 Sus medicamentos deben estar en la “Lista de medicamentos” del plan

Sección 3.1 La “Lista de medicamentos” informa qué medicamentos de la Parte D están cubiertos

El plan cuenta con una "Lista de medicamentos cubiertos" (formulario). En esta *Evidencia de Cobertura*, la llamamos “Lista de medicamentos” para abreviar.

El plan selecciona los medicamentos de esta lista con la ayuda de un equipo de médicos y farmacéuticos. La lista cumple con los requisitos de Medicare y ha sido aprobada por Medicare.

Los medicamentos en la “Lista de medicamentos” son solo aquellos cubiertos por la Parte D de Medicare.

Por lo general, cubriremos un medicamento que esté en la "Lista de medicamentos" del plan siempre y cuando usted cumpla con las otras normas de cobertura que se explican en este capítulo, y el uso del medicamento sea una indicación médicamente aceptada. Una indicación médicamente aceptada es un uso del medicamento que, *ya sea*:

- Está aprobada por la Administración de Alimentos y Medicamentos para el diagnóstico o la afección para la que se recetó.
- O bien, está respaldada por ciertas referencias, como la información sobre los medicamentos del servicio de listas de medicamentos de los hospitales estadounidenses y el sistema de información DRUGDEX.

La “Lista de medicamentos” incluye medicamentos de marca y medicamentos genéricos.

Un medicamento de marca es un medicamento recetado que se vende con una marca registrada propiedad del fabricante del medicamento. Los medicamentos de marca que son más complejos que los medicamentos típicos (por ejemplo, los medicamentos basados en una proteína) se denominan productos biológicos. En la “Lista de medicamentos”, cuando hablamos de drogas, nos podemos referir a un medicamento o a un producto biológico.

Un medicamento genérico es un medicamento con receta que tiene los mismos ingredientes activos que un medicamento de marca. Por lo general, tienen la misma eficacia que los medicamentos de marca y suelen ser más económicos. Hay medicamentos genéricos de reemplazo disponibles para muchos medicamentos de marca.

Medicamentos de venta libre

Nuestro plan también cubre determinados medicamentos de venta libre. Algunos medicamentos de venta libre son menos costosos que los medicamentos con receta y tienen la misma eficacia. Si desea obtener más información, llame al Departamento de Servicios para Miembros.

Capítulo 5 Cómo utilizar la cobertura del plan para medicamentos con receta de la Parte D

¿Qué *no* figura en la "Lista de medicamentos"?

El plan no cubre todos los medicamentos con receta.

- En algunos casos, la ley no permite que los planes de Medicare cubran ciertos tipos de medicamentos (para obtener más información al respecto, consulte la Sección 7.1 de este capítulo).
- En otros casos, hemos decidido no incluir un determinado medicamento en la "Lista de medicamentos". En algunos casos, es posible que pueda obtener un medicamento que no esté en la "Lista de medicamentos". Para obtener más información, consulte el Capítulo 9.

Sección 3.2 ¿Cómo puede saber si un medicamento específico figura en la "Lista de medicamentos"?

Tienes cuatro formas de averiguarlo:

1. Verifique la "Lista de medicamentos" más reciente que le proporcionamos electrónicamente.
2. Visite el sitio web del plan (www.RiverSpringHealthPlans.org). La "Lista de medicamentos" que aparece en el sitio web siempre es la más actualizada.
3. Llame al Departamento de Servicios para Miembros para saber si determinado medicamento se encuentra en la "Lista de medicamentos" o para solicitar una copia de la lista.
4. Utilice la "Herramienta de beneficios en tiempo real" del plan (<https://link.zixcentral.com/u/091abd1b/XgmAbXVA7hGlpjcPh3soMg?u=https%3A%2F%2Fwww.express-scripts.com%2Flogin> o llamando al Departamento de Servicios para Miembros). Con esta herramienta puede buscar medicamentos en la "Lista de medicamentos" para ver una estimación de lo que pagará y si hay medicamentos alternativos en la "Lista de medicamentos" que podrían tratar la misma afección.

SECCIÓN 4 Existen restricciones en la cobertura de algunos medicamentos

Sección 4.1 ¿Por qué algunos medicamentos tienen restricciones?

Para ciertos medicamentos con receta, hay normas de cobertura especiales que restringen cómo y cuándo los cubre el plan. Un equipo de médicos y farmacéuticos desarrolló estas normas para ayudar a que usted y su proveedor usen los medicamentos de las maneras más efectivas. Para averiguar si estas restricciones se aplican a un medicamento que usted está tomando o que desea tomar, consulte la "Lista de medicamentos". Si un medicamento seguro y de bajo costo funciona médicamente igual que otro que cuesta más, las normas del plan están diseñadas para fomentar que usted y su proveedor usen la opción de menor costo.

Capítulo 5 Cómo utilizar la cobertura del plan para medicamentos con receta de la Parte D

Tenga en cuenta que algunas 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, cantidad o forma del medicamento recetado por su proveedor de atención médica, y pueden aplicarse diferentes restricciones o costos compartidos a las diferentes versiones del medicamento (por ejemplo, 10 mg versus 100 mg; uno por día versus dos por día; tableta versus líquido).

Sección 4.2 ¿Qué tipo de restricciones?

Las secciones siguientes contienen más información acerca de los tipos de restricciones que usamos para ciertos medicamentos.

Si existe una restricción para su medicamento, por lo general, significa que usted o su proveedor tendrán que tomar medidas adicionales para que podamos cubrirlo. Comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros para saber qué deben hacer usted o su proveedor para obtener cobertura para el medicamento. Si desea que eximamos las restricciones para usted, tendrá que usar el proceso de decisión de cobertura y solicitarnos que hagamos una excepción. Puede que aceptemos o no eximir la restricción para usted. (Ver Capítulo 9)

Restricción de medicamentos de marca cuando se encuentra disponible una versión genérica

Por lo general, un medicamento **genérico** tiene la misma eficacia que un medicamento de marca y suele ser más económico. **En la mayoría de los casos, cuando se encuentra disponible una versión genérica del medicamento de marca, las farmacias que forman parte de nuestra red le entregarán la versión genérica en lugar del medicamento de marca.** Sin embargo, si su proveedor nos ha informado el motivo médico por el que el medicamento genérico no funcionará en su caso, entonces cubriremos el medicamento de marca. (Es posible que su parte del gasto sea mayor para el medicamento de marca que para el medicamento genérico).

Obtener la aprobación del plan por adelantado

Para ciertos medicamentos, usted o su proveedor necesitan obtener la aprobación del plan antes de que aceptemos cubrir el medicamento para usted. Esto se denomina **autorización previa**. Esto se implementa para garantizar la seguridad de los medicamentos y ayudar a guiar el uso apropiado de ciertos medicamentos. Si no obtiene esta aprobación, es posible que el plan no cubra el medicamento.

Probar primero un medicamento distinto

Este requisito fomenta que usted pruebe medicamentos que cuestan menos, pero, en general, con la misma efectividad, antes de que el plan cubra otro medicamento. Por ejemplo, si el Medicamento A y el Medicamento B tratan la misma afección médica, el plan puede requerir que usted pruebe primero el Medicamento A. Si el Medicamento A no funciona para usted, el plan cubrirá el Medicamento B. Este requisito de probar un medicamento diferente primero se denomina **tratamiento escalonado**.

Capítulo 5 Cómo utilizar la cobertura del plan para medicamentos con receta de la Parte D**Límites de cantidad**

Para ciertos medicamentos, limitamos la cantidad de medicamento que puede recibir cada vez que surte una receta. Por ejemplo, si normalmente se considera que es seguro tomar solo una pastilla por día de cierto medicamento, nosotros podemos limitar la cobertura de su medicamento con receta a solo una pastilla por día.

SECCIÓN 5 ¿Qué ocurre en caso de que alguno de sus medicamentos no esté cubierto como usted desea?

Sección 5.1 Existen cosas que puede hacer si su medicamento no está cubierto como usted desea

Hay situaciones en las que hay un medicamento recetado que está tomando, o uno que usted y su proveedor creen que debería tomar y que no está en nuestro formulario o está en nuestro formulario con restricciones. Por ejemplo:

- Es posible que el medicamento no esté cubierto. O quizá está cubierta una versión genérica del medicamento, pero la versión de marca que usted desea no está cubierta.
- El medicamento está cubierto, pero existen normas o restricciones adicionales sobre la cobertura de ese medicamento, como se explica en la Sección 4.
- Existen cosas que puede hacer si su medicamento no está cubierto como a usted le gustaría. Si su medicamento no está en la "Lista de medicamentos" o si el medicamento está restringido, consulte la Sección 5.2 para saber qué puede hacer al respecto.

Sección 5.2 ¿Qué hacer si su medicamento no está en la "Lista de medicamentos" o si el medicamento está restringido de algún modo?

Si su medicamento no se encuentra en la "lista de medicamentos" o si está restringido, estas son sus opciones:

- Quizá pueda obtener un suministro temporal del medicamento.
- Puede cambiar a otro medicamento.
- Puede solicitar una exclusión y pedir al plan que cubra el medicamento o que elimine sus restricciones.

Quizá pueda obtener un suministro temporal

En determinadas circunstancias, el plan debe proporcionarle un suministro temporal de un medicamento que ya esté tomando. Este suministro temporal le dará más tiempo para hablar con su proveedor acerca del cambio de cobertura y decidir qué hacer.

Para ser elegible para un suministro temporal, el medicamento que ha estado tomando **ya no debe estar en la "Lista de medicamentos" del plan O estar ahora restringido de alguna manera.**

Capítulo 5 Cómo utilizar la cobertura del plan para medicamentos con receta de la Parte D

- **Si es un miembro nuevo**, cubriremos un suministro temporal de su medicamento durante los primeros **90 días** de su membresía en el plan.
- **Si estuvo en el 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 se emite para menos días, permitiremos múltiples resurtidos para brindarle hasta un máximo de 30 días de medicamento. La receta se debe surtir en una farmacia de la red. (Tenga en cuenta que la farmacia de atención a largo plazo puede brindarle cantidades más pequeñas de medicamento por vez para evitar el desperdicio).
- **Para aquellos miembros que han estado en el plan por más de 90 días y que se encuentran en un centro de atención a largo plazo y necesitan un suministro de inmediato:**

Cubriremos un suministro de emergencia de 31 días de un medicamento específico, o menos si la receta médica es para menos días. Esto es además del suministro temporal mencionado anteriormente.

- Los cambios en el nivel de atención se producen cuando el inscrito pasa de un entorno de tratamiento a otro. Si alguno de los siguientes escenarios de cambio en el nivel de atención se aplica a usted, podría tener derecho a un suministro de transición de los medicamentos que está tomando actualmente:
 - Abandona un hospital u otro entorno e ingresa en un centro de atención médica a largo plazo.
 - Abandona un centro de atención médica a largo plazo para irse a su casa.
 - Le dan el alta hospitalaria para volver a su hogar.
 - Le dan el alta de un centro de atención de enfermería especializada.
 - Su estado cambia de paciente en hospicio a paciente sin hospicio.
 - Le dan el alta de un hospital psiquiátrico con un plan de medicamentos personalizado.

Para obtener más información, comuníquese con el Departamento de Servicios para Participantes al 1-800-580-7000 (TTY/TDD 711). Los representantes están disponibles los siete días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora del Este.

Si tiene preguntas sobre un suministro temporal, llame al Departamento de Servicios para Miembros.

Durante el tiempo que esté usando un suministro temporal de un medicamento, debe hablar con su proveedor para decidir qué hacer cuando se acabe su suministro temporal. Tiene dos opciones:

1) Puede cambiar a otro medicamento.

Hable con su proveedor sobre si existe algún medicamento diferente cubierto por el plan que pueda funcionar igual de bien para usted. Puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros para pedir una lista de medicamentos cubiertos que traten la misma afección. Esta lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que funcione para usted.

Capítulo 5 Cómo utilizar la cobertura del plan para medicamentos con receta de la Parte D**2) Puede pedir que hagan una excepción**

Usted y su proveedor pueden pedirle al plan que haga una excepción, y que cubra el medicamento de la manera que usted desee. Si su proveedor dice que usted tiene razones médicas que justifican la solicitud de una excepción, el proveedor puede ayudarlo a solicitar una excepción. Por ejemplo, usted puede solicitarle al plan que cubra un medicamento, aunque éste no se encuentre en la "Lista de medicamentos" del plan. O bien, puede solicitarle al plan que haga una excepción y cubra el medicamento sin restricciones.

Si usted es miembro y un medicamento que está tomando se eliminará del formulario o se restringirá de alguna manera para el próximo año, le informaremos sobre cualquier cambio antes del nuevo año. Puede solicitar una excepción antes del año próximo y le comunicaremos nuestra respuesta dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de su solicitud (o la declaración de respaldo de la persona que receta). Si aprobamos su solicitud, autorizaremos la cobertura antes de que el cambio sea efectivo.

Si usted y su proveedor desean solicitar una excepción, el Capítulo 9, Sección 6.4 les indica qué hacer. Explica los procedimientos y las fechas límite que Medicare ha establecido para garantizar que su solicitud se maneje de manera justa y expedita.

SECCIÓN 6 ¿Qué sucede si la cobertura cambia para alguno de sus medicamentos?

Sección 6.1 La "Lista de medicamentos" puede cambiar durante el año

La mayoría de los cambios en la cobertura de medicamentos ocurre a principio de cada año (1 de enero). Sin embargo, durante el año, el plan puede realizar algunos cambios en la "Lista de medicamentos". Por ejemplo, el plan puede hacer lo siguiente:

- **Agregar o eliminar medicamentos de la "Lista de medicamentos".**
- **Agregar o eliminar una restricción en la cobertura de un medicamento.**
- **Reemplazar un medicamento de marca por una versión genérica del medicamento.**

Debemos respetar los requisitos de Medicare antes de cambiar la "Lista de medicamentos" del plan.

Sección 6.2 ¿Qué sucede si su cobertura cambia respecto de un medicamento que toma?**Información sobre cambios en la cobertura de medicamentos**

Cuando los cambios en la "Lista de medicamentos" ocurren durante el año, publicamos la información sobre estos cambios en nuestro sitio web. También actualizamos nuestra "Lista de medicamentos" en línea de forma periódica. A continuación, señalamos las ocasiones en las que recibirá un aviso directo si se realizan cambios en un medicamento que está tomando.

Capítulo 5 Cómo utilizar la cobertura del plan para medicamentos con receta de la Parte D**Cambios en su cobertura de medicamentos que lo afectan durante el año actual del plan**

- **Un medicamento genérico reemplaza a un medicamento de marca en la "Lista de medicamentos" (o cambiamos el nivel de costo compartido o agregamos restricciones nuevas al medicamento de marca o ambos)**
 - Podemos eliminar un medicamento de marca de nuestra "Lista de medicamentos" si lo reemplazamos con una versión genérica del mismo medicamento. Podemos decidir mantener el medicamento de marca en nuestra "Lista de medicamentos", pero trasladarlo a un nivel de costo compartido más alto o agregar nuevas restricciones, o ambas cosas, cuando se agregue el medicamento genérico.
 - Si un medicamento de marca que usted toma se reemplaza por un medicamento genérico o pasa a un nivel de costo compartido más alto, tenemos que notificarle al menos con 30 días de anticipación o notificarle del cambio y darle un surtido nuevo de 30 días de su medicamento de marca.
 - Después de recibir el aviso del cambio, debe trabajar con su proveedor para cambiar al medicamento genérico o a un medicamento diferente que cubrimos.
 - O bien, usted o la persona que receta pueden solicitarnos que hagamos una excepción y continuemos cubriendo el medicamento de marca en su caso. Para obtener información sobre cómo solicitar una excepción, consulte el Capítulo 9.
- **Medicamentos que no son seguros y otros medicamentos en la "Lista de medicamentos" que se retiran del mercado**
 - A veces, un medicamento puede considerarse inseguro o retirarse del mercado por otro motivo. Si esto sucede, podemos eliminar inmediatamente el medicamento de la "Lista de medicamentos". Si está tomando ese medicamento, se lo informaremos de inmediato.
 - La persona que receta también sabrá acerca de este cambio, y puede colaborar con usted para encontrar otro medicamento para su afección.
- **Otros cambios en los medicamentos de la "Lista de medicamentos"**
 - Una vez empezado el año, puede que hagamos otros cambios que afecten a los medicamentos que usted toma. Por ejemplo, podemos hacer cambios en función de los recuadros de advertencia de la FDA o las nuevas pautas clínicas reconocidas por Medicare.
 - Cuando haya cambios, debemos notificarle al menos con 30 días de anticipación sobre el cambio o notificarle sobre el cambio y darle un surtido nuevo de 30 días del medicamento que toma en una farmacia de la red.
 - Después de recibir aviso del cambio, debe colaborar con la persona que receta para cambiar a un medicamento diferente que cubrimos o para cumplir con cualquier nueva restricción del medicamento que está tomando.
 - O bien, usted o la persona que receta pueden solicitarnos que hagamos una excepción y continuemos cubriendo el medicamento en su caso. Para obtener información sobre cómo solicitar una excepción, consulte el Capítulo 9.

Capítulo 5 Cómo utilizar la cobertura del plan para medicamentos con receta de la Parte D

Cambios a la “Lista de medicamentos” que no le afectan durante este año del plan

Es posible que realicemos 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 realiza el cambio; sin embargo, es probable que estos cambios lo afecten a partir del 1 de enero del próximo año del plan si permanece en el mismo plan.

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

- Ponemos una nueva restricción al uso de su medicamento.
- Eliminamos su medicamento de la “Lista de medicamentos”.

Si se produce alguno de estos cambios para un medicamento que usted toma (excepto que se haya retirado del mercado, que un medicamento genérico haya reemplazado a un medicamento de marca, u otro cambio mencionado en las secciones anteriores), el cambio no afectará su uso o el monto que usted paga como su parte del costo hasta el 1 de enero del año próximo. Hasta esa fecha, es posible que no vea ningún aumento en sus pagos ni restricciones adicionales en su uso del medicamento.

No le informaremos sobre este tipo de cambios directamente durante el año del plan actual. Deberá consultar la “Lista de medicamentos” para el próximo año del plan (cuando la lista esté disponible durante el período de inscripción abierta) para ver si hay algún cambio en los medicamentos que está tomando que lo afectará durante el próximo año del plan.

SECCIÓN 7 ¿Qué tipos de medicamentos *no* están cubiertos por el plan?

Sección 7.1	Tipos de medicamentos que no cubrimos
--------------------	--

Esta sección le informa acerca de qué tipos de medicamentos con receta están excluidos. Esto significa que Medicare no paga por estos medicamentos.

Si toma medicamentos que están excluidos, tendrá que pagarlos usted mismo. Si usted apela y se determina que el medicamento solicitado no está excluido según la Parte D, lo pagaremos o lo cubriremos. (Para obtener información sobre cómo apelar una decisión, consulte el Capítulo 9).

A continuación, se enumeran tres normas generales acerca de medicamentos que los planes de medicamentos de Medicare no cubrirán en virtud de la Parte D:

- La cobertura de medicamentos en virtud de la Parte D de nuestro plan no puede cubrir un medicamento que estaría cubierto conforme a la Parte A o la Parte B de Medicare.
- Nuestro plan no puede cubrir un medicamento adquirido fuera de los Estados Unidos o sus territorios.
- Generalmente, nuestro plan no puede cubrir el uso no autorizado. **Uso no autorizado** hace referencia a cualquier uso del medicamento que no se indique en la etiqueta del medicamento como aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos.

Capítulo 5 Cómo utilizar la cobertura del plan para medicamentos con receta de la Parte D

- La cobertura para uso no autorizado se permite solo cuando el uso está respaldado por ciertas referencias, como el American Hospital Formulary Service Drug Information y el sistema de información DRUGDEX.

Además, por ley, las siguientes categorías de medicamentos no están cubiertas por los planes de medicamentos de Medicare:

- Medicamentos sin receta (también denominados medicamentos de venta libre).
- Medicamentos utilizados para estimular la fertilidad.
- Medicamentos utilizados para el alivio de la tos o los síntomas del resfriado.
- Medicamentos utilizados con fines cosméticos o para estimular el crecimiento del cabello.
- Productos minerales y vitaminas con receta, excepto vitaminas prenatales y preparaciones de flúor.
- Medicamentos utilizados para el tratamiento de la disfunción sexual o eréctil.
- Medicamentos utilizados para el tratamiento de la anorexia, la pérdida de peso o el aumento de peso.
- Medicamentos para pacientes externos para los cuales el fabricante desea requerir que las pruebas asociadas o los servicios de monitoreo se compren exclusivamente del fabricante como condición de venta.

Además, si **recibe “Ayuda adicional” de Medicare** para pagar sus recetas, el programa “Ayuda adicional” no pagará los medicamentos que normalmente no están cubiertos. (Consulte la “lista de medicamentos” del plan o llame al Departamento de Servicios para Miembros para obtener más información. Los números de teléfono del Departamento de Servicios para Miembros aparecen en la contraportada de este manual). Sin embargo, si tiene cobertura de medicamentos a través de Medicaid, su programa estatal de Medicaid puede cubrir algunos medicamentos con receta que normalmente no están cubiertos en un plan de medicamentos de Medicare. Comuníquese con su programa estatal de Medicaid para determinar qué cobertura de medicamentos puede estar disponible para usted. (Los números de teléfono y la información de contacto de Medicaid están en la Sección 6 del Capítulo 2).

SECCIÓN 8 Surtir una receta

Sección 8.1 Proporcione su información de membresía

Para surtir su receta, proporcione la información de membresía de su plan, que se puede encontrar en su tarjeta de membresía, en la farmacia de la red que elija. La farmacia de la red facturará automáticamente al plan *nuestra* parte del costo de sus medicamentos. Deberá pagar a la farmacia *su parte* del costo cuando retire su receta.

Capítulo 5 Cómo utilizar la cobertura del plan para medicamentos con receta de la Parte D**Sección 8.2 ¿Qué pasa si no tienes tu información de membresía contigo?**

Si no tiene consigo la información de membresía de su plan cuando surte su receta, usted o la farmacia pueden llamar al plan para obtener la información necesaria, o puede pedirle a la farmacia que busque la información de inscripción de su plan.

Si la farmacia no puede obtener la información necesaria, **quizá deba pagar el costo completo de la receta cuando la retire.** (Luego puede **pedirnos que le reembolsemos** nuestra parte. Consulte el Capítulo 7, Sección 2 para obtener información sobre cómo solicitar un reembolso al plan).

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

Sección 9.1 ¿Qué sucede si está en un hospital o en un centro de atención de enfermería especializada durante una estadía que está cubierta por el plan?

Si es admitido en un hospital o en un centro de atención de enfermería especializada para una estadía cubierta por el plan, generalmente cubriremos el costo de sus medicamentos con receta durante la estadía. Una vez que abandone el hospital o centro de atención de enfermería especializada, el plan cubrirá sus medicamentos con receta siempre que cumplan con todas nuestras normas de cobertura descritas en este Capítulo.

Sección 9.2 ¿Qué sucede si es un residente en un centro de atención médica a largo plazo (LTC)?

Por lo general, los centros de atención médica a largo plazo (LTC), como los hogares de convalecencia, tienen su propia farmacia o usan una farmacia que suministra medicamentos para todos sus residentes. Si es residente de un centro de atención médica a largo plazo, puede obtener sus medicamentos con receta a través de la farmacia del centro o la que use, siempre y cuando forme parte de nuestra red.

Consulte su *Directorio de farmacias* para saber si la farmacia de su centro de LTC o la que utiliza es parte de nuestra red. Si no es así, o si necesita más información o asistencia, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros. Si usted está en un centro LTC, tenemos que asegurarnos de que usted pueda recibir regularmente los beneficios de la Parte D a través de nuestra red de farmacias LTC.

¿Qué sucede si reside en un centro de atención a largo plazo (LTC, en inglés) y necesita un medicamento que no está en nuestra “Lista de medicamentos” o está restringido de alguna manera?

Consulte la Sección 5.2 sobre un suministro temporal o de emergencia.

Capítulo 5 Cómo utilizar la cobertura del plan para medicamentos con receta de la Parte D**Sección 9.3 ¿Qué sucede si también recibe cobertura de medicamentos de un plan grupal de un empleador o como jubilado?**

Si actualmente tiene otra cobertura para medicamentos con receta a través de su empleador o grupo de jubilados (o el de su cónyuge o pareja de hecho), comuníquese con el **administrador de beneficios de ese grupo**. Este puede ayudarlo a determinar cómo funcionará su cobertura actual para medicamentos con receta en relación con nuestro plan.

En general, si tiene un seguro de salud colectivo para empleados o jubilados, la cobertura de medicamentos que le otorgamos será *secundaria* a la cobertura de su grupo. Esto significa que su cobertura grupal pagaría primero.

Nota especial acerca de la cobertura válida:

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

Si la cobertura del plan grupal es válida, significa que el plan tiene cobertura de medicamentos que se espera que pague, en promedio, al menos lo mismo que la cobertura estándar de medicamentos con receta de Medicare.

Guarde este aviso sobre la cobertura válida porque es posible que lo necesite más adelante. Si se inscribe en un plan de Medicare que incluya la cobertura de medicamentos de la Parte D, es posible que necesite estos avisos para certificar que usted ha mantenido una cobertura válida. Si no recibió el aviso de cobertura válida, solicite una copia a su empleador o al administrador de beneficios del plan de jubilados o al empleador o sindicato.

Sección 9.4 ¿Qué sucede si se encuentra en un centro para pacientes con enfermedades terminales certificado por Medicare?

El hospicio y nuestro plan no cubren el mismo medicamento al mismo tiempo. Si está inscrito en un hospicio de Medicare y requiere ciertos medicamentos (por ejemplo, medicamentos para las náuseas, laxantes, analgésicos o ansiolíticos) que no están cubiertos por su hospicio porque no está relacionado con su enfermedad terminal y sus enfermedades relacionadas, nuestro plan tiene que recibir notificación de la persona que receta o de su proveedor del hospicio que establezca que el medicamento no está relacionado antes de que nuestro plan pueda cubrir el medicamento. Para evitar demoras en la recepción de estos medicamentos que deberían estar cubiertos por nuestro plan, solicite a su proveedor de hospicio o a su médico que le notifique antes de surtir su receta.

En caso de que revoque la elección de su hospicio o que le den el alta de dicho hospicio, nuestro plan debe cubrir todos sus medicamentos, tal como se explica en este documento. Para evitar cualquier demora en una farmacia cuando finalicen sus beneficios del hospicio de Medicare, lleve a la farmacia la documentación para verificar su revocación o alta.

SECCIÓN 10 Programas sobre gestión y seguridad de los medicamentos

Sección 10.1 Programas para ayudar a los miembros a tomar los medicamentos de forma segura

Realizamos revisiones del uso de medicamentos para nuestros miembros con el fin de asegurarnos de que obtengan una atención adecuada y segura.

Realizamos una revisión cada vez que surte una receta. Asimismo, revisamos nuestros registros de manera regular. Durante estas revisiones, buscamos posibles problemas, como los siguientes:

- Posibles errores relacionados con los medicamentos
- Medicamentos que pueden no ser necesarios porque usted toma otros medicamentos para tratar la misma afección.
- Medicamentos que pueden no ser seguros o adecuados debido a su edad o género.
- Ciertas combinaciones de medicamentos que podrían causarle daño si los toma al mismo tiempo
- Recetas médicas para medicamentos que tienen ingredientes a los cuales usted es alérgico.
- Posibles errores en la cantidad (dosis) de un medicamento que está tomando.
- Cantidades peligrosas de medicamentos analgésicos opioides

Si observamos un posible problema en cómo usa los medicamentos, colaboraremos con su proveedor para corregir el problema.

Sección 10.2 Programa de Administración de Medicamentos (DMP, en inglés) para ayudar a que los miembros usen sus opioides de forma segura

Tenemos un programa que ayuda a garantizar que los miembros utilicen de forma segura los opioides recetados y otros medicamentos de los que se abusa con frecuencia. Este programa se llama Programa de Administración de Medicamentos (DMP, en inglés). Si utiliza opioides que obtiene de varios médicos o farmacias, o si ha tenido una sobredosis reciente de opioides, es posible que hablemos con sus médicos para asegurarnos de que su uso de los opioides es adecuado y médicamente necesario. En colaboración con sus médicos, si decidimos que su uso de medicamentos opioides recetados puede no ser seguro, podemos limitar la forma en que puede obtener esos medicamentos. Si lo ubicamos en nuestro DMP, las limitaciones pueden ser:

- Solicitarle que obtenga todas sus recetas de opioides de determinadas farmacias.
- Solicitarle que obtenga todas sus recetas de opioides de determinados médicos.
- Limitar la cantidad de opioides que cubriremos en su caso.

Capítulo 5 Cómo utilizar la cobertura del plan para medicamentos con receta de la Parte D

Si planeamos limitar cómo puede obtener estos medicamentos o cuánto puede obtener, le enviaremos una carta con anticipación. La carta le indicará si limitaremos la cobertura de estos medicamentos para usted o si se le exigirá que obtenga las recetas de estos medicamentos únicamente de un médico o farmacia específicos. Usted tendrá la posibilidad de informarnos qué médicos o farmacias prefiere utilizar, y cualquier otra información que usted cree que es importante que sepamos. Después de que haya tenido la oportunidad de responder, si decidimos limitar su cobertura para estos medicamentos, le enviaremos otra carta para confirmar la limitación. Si cree que cometimos un error, o si no está de acuerdo con nuestra decisión o con la limitación, usted y la persona que receta tienen derecho a solicitarnos una apelación. Si 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 fuera de nuestro plan. Para obtener información acerca de cómo solicitar una apelación, consulte el Capítulo 9.

No se le colocará en nuestro DMP si tiene determinadas afecciones médicas, como dolor activo relacionado con el cáncer o enfermedad de células falciformes, si está recibiendo cuidados paliativos o de hospicio o si vive en un centro de cuidados a largo plazo.

Sección 10.3	Programas de gestión de terapias con medicamentos (MTM, en inglés) para ayudar a los miembros a administrar
---------------------	--

Tenemos un programa que puede ayudar a nuestros miembros con necesidades de atención médica complejas. Nuestro programa se denomina Programa de Gestión de Terapias con Medicamentos (MTM, en inglés). Este programa es voluntario y gratuito. Un equipo de farmacéuticos y médicos desarrolló el programa para nosotros para ayudar a garantizar que nuestros miembros obtengan el máximo beneficio de los medicamentos que toman.

Algunos miembros que toman medicamentos para diferentes afecciones y tienen costos altos de medicamentos o están en un DMP para ayudar a los miembros a usar sus opioides de manera segura pueden obtener servicios a través del programa MTM. Si califica para el programa, un farmacéutico u otro profesional de la salud le brindará una revisión integral de todos sus medicamentos. Durante la revisión, puede hablar sobre sus medicamentos, sus costos y cualquier problema o pregunta que tenga sobre sus medicamentos recetados y de venta libre. Recibirá un resumen escrito que tiene una lista de tareas recomendadas que incluye los pasos que debe seguir para obtener los mejores resultados de sus medicamentos. También recibirá una lista de medicamentos personalizada que incluirá todos los medicamentos que está tomando y el motivo por el que los toma. Además, los miembros del programa MTM recibirán información sobre la eliminación segura de medicamentos con receta que son sustancias controladas.

Es una buena idea hablar con su médico sobre su lista de tareas recomendadas y su lista de medicamentos. Lleve su resumen a la consulta o en cualquier momento en que quiera hablar con sus médicos, farmacéuticos y otros proveedores de atención médica. Asimismo, tenga a mano y actualizada su lista de medicamentos (por ejemplo, junto con su identificación) en caso de que tenga que ir al hospital o a la sala de emergencias.

Si tenemos un programa que se adapte a sus necesidades, lo inscribiremos automáticamente en dicho programa y le enviaremos información. Si decide no participar, por favor avísenos y le daremos de baja. Si tiene alguna pregunta sobre este programa, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros.

CAPÍTULO 6:

*Lo que paga por sus medicamentos
con receta de la Parte D*

Capítulo 6 Lo que paga por sus medicamentos con receta de**¿Actualmente recibe ayuda para pagar sus medicamentos?**

Si está en un programa que ayuda a pagar sus medicamentos, **en esta *Evidencia de cobertura encontrará información sobre los costos de los medicamentos con receta de la Parte D.*** Le hemos enviado un anexo por separado, denominado "*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 usted no tiene este anexo, llame al Departamento de Servicios para Miembros y pida el "Anexo LIS".

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 Use este capítulo junto con otros materiales que expliquen su cobertura de medicamentos

Este capítulo se centra en lo que usted paga por los medicamentos con receta de la Parte D. Para simplificar las cosas, usamos el término "medicamento" en este capítulo para referirnos a un medicamento con receta de la Parte D. Como se explicó en el Capítulo 5, no todos los medicamentos pertenecen a la Parte D; algunos medicamentos están cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare y, conforme a la ley, otros medicamentos están excluidos de la cobertura de Medicare.

Para comprender la información de pago, necesita saber qué medicamentos están cubiertos, dónde surtir sus recetas y qué reglas seguir cuando obtenga sus medicamentos cubiertos. El Capítulo 5, Secciones 1 a 4 explican estas normas. Cuando utiliza la "Herramienta de beneficios en tiempo real" del plan para buscar cobertura de medicamentos (consulte el Capítulo 3, Sección 3.3), el costo que se muestra se proporciona en tiempo real, lo que significa que el costo que ve en la herramienta refleja un momento en el tiempo para proporcionar una estimación de los costos de bolsillo que se espera que pague. También puede obtener información proporcionada por la "Herramienta de beneficios en tiempo real" llamando al Departamento de Servicios para Miembros.

Sección 1.2 Tipos de gastos de bolsillo que puede pagar por medicamentos

Existen diferentes tipos de gastos de bolsillo para los medicamentos de la Parte D. El monto que usted paga por un medicamento se denomina **costo compartido**, y existen tres maneras en las cuales podemos solicitarle que pague.

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

Sección 1.3 Cómo calcula Medicare sus gastos de bolsillo

Medicare tiene normas respecto de lo que cuenta y lo que no cuenta como sus gastos de bolsillo. Estas son las normas que debemos seguir para realizar un seguimiento de sus gastos de bolsillo.

Capítulo 6 Lo que paga por sus medicamentos con receta de**Estos pagos se incluyen en sus gastos de bolsillo**

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

- El monto que paga por los medicamentos cuando usted se encuentra en cualquiera de las siguientes etapas de pago de medicamentos:
 - La etapa del deducible.
 - La etapa de cobertura inicial.
 - La etapa de la brecha en la cobertura.
- Los pagos que haya realizado durante este año calendario como miembro de un plan de medicamentos con receta de Medicare diferente antes de haberse inscrito en nuestro plan.

Efectivamente importa quién paga:

- Si usted realiza estos pagos **por su cuenta**, se incluyen en sus gastos de bolsillo.
- Estos pagos *también se incluyen* en sus gastos de bolsillo si son realizados en su nombre por **otras personas u organizaciones**. Esto incluye pagos por sus medicamentos realizados por un amigo o familiar, la mayoría de las organizaciones de beneficencia, Programas de Asistencia de Medicamentos para el SIDA o por un Programa Estatal de Ayuda para Medicamentos que estén acreditados por Medicare, o por el Servicio de Salud Indígena. También están incluidos los pagos realizados por el Programa de “Ayuda Adicional” de Medicare.
- Algunos pagos realizados por el Programa de Descuentos durante la brecha en la Cobertura de Medicare están incluidos en sus gastos de bolsillo. Se incluye el monto que el fabricante paga por sus medicamentos de marca. Sin embargo, no se incluye el monto que el plan paga por sus medicamentos genéricos.

Pasando a la etapa de cobertura para casos catastróficos:

Cuando usted (o las personas que paguen en su nombre) hayan gastado un total de \$8000 en gastos de bolsillo dentro del año calendario, pasará de la etapa de brecha en la cobertura a la etapa de cobertura para casos catastróficos.

Estos pagos no se incluyen en sus gastos de bolsillo

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

- Su prima mensual.
- Los medicamentos que compre fuera de los Estados Unidos y sus territorios.
- Los medicamentos que no estén cubiertos por nuestro plan.
- Los medicamentos que obtenga en una farmacia fuera de la red y que no cumplan con los requisitos del plan respecto de la cobertura fuera de la red.
- Los medicamentos que no están incluidos en la Parte D, incluidos los medicamentos con receta cubiertos por la Parte A o la Parte B y otros medicamentos que Medicare excluya de la cobertura.

Capítulo 6 Lo que paga por sus medicamentos con receta de

- Los pagos que usted haga para medicamentos con receta que generalmente no están cubiertos por un plan de medicamentos con receta de Medicare.
- Los pagos realizados por el plan respecto de sus medicamentos genéricos o de marca mientras usted se encontraba en la etapa de brecha de la cobertura.
- Los pagos realizados por los planes médicos grupales, incluidos los planes médicos ofrecidos por el empleador, respecto de sus medicamentos.
- Los pagos de sus medicamentos realizados por determinados planes de seguro y programas médicos financiados por el gobierno, como TRICARE y Veteran Affairs.
- Los pagos de sus medicamentos realizados por un tercero que tenga la obligación legal de pagar los gastos de los medicamentos con receta (por ejemplo, la compensación laboral).

Recuerde: Si cualquier otra organización, como las indicadas anteriormente, paga parte o la totalidad de sus gastos de bolsillo respecto de los medicamentos, usted tiene la obligación de informarlo a nuestro plan llamando al Departamento de Servicios para Miembros.

¿Cómo puede realizar el seguimiento del total de sus gastos de bolsillo?

- **Nosotros lo ayudaremos.** El informe de Explicación de Beneficios (EOB, en inglés) de la Parte D que recibe incluye el monto actual de sus gastos de bolsillo. Cuando este monto alcance los \$8000, este informe le indicará que abandonó la etapa de brecha de cobertura y pasó a la etapa de cobertura para casos catastróficos.
- **Asegúrese de que contemos con la información que necesitamos.** La Sección 3.2 le brinda información sobre lo que usted puede hacer para ayudar a asegurar que nuestros registros de lo que usted ha gastado estén completos y actualizados.

SECCIÓN 2 Lo que usted paga por un medicamento depende de la etapa de cobertura para medicamentos en la que se encuentra cuando obtiene el medicamento

Sección 2.1 ¿Cuáles son las etapas de cobertura para medicamentos para los asegurados de RiverSpring Star (HMO I-SNP)?

Hay cuatro **etapas de pago de medicamentos** para su cobertura de medicamentos con receta según RiverSpring Star (HMO I-SNP). La cantidad que usted paga depende de la etapa en la que se encuentra cuando surte o resurte una receta. Los detalles de cada etapa se encuentran en las Secciones 4 a 7 de este capítulo. Las etapas son:

Etapas 1: Etapa del deducible anual

Etapas 2: Etapa de cobertura inicial

Etapas 3: Etapa de brecha de cobertura

Etapas 4: Etapa de cobertura para casos catastróficos

SECCIÓN 3 Le enviamos informes que explican los pagos por sus medicamentos y en qué etapa de pago se encuentra

Sección 3.1	Le enviamos un resumen mensual denominado <i>Explicación de Beneficios de la Parte D</i> (EOB de la Parte D)
--------------------	---

Nuestro plan hace un seguimiento de los costos de sus medicamentos con receta y los pagos que ha realizado cuando surte o resurte sus medicamentos con receta en la farmacia. De este modo, podemos informarle cuando pase de una etapa de cobertura para medicamentos a la siguiente. En particular, hay dos tipos de costos que registramos:

- Hacemos un seguimiento de lo que ha pagado. Esto se denomina su **gasto de bolsillo**.
- Hacemos un seguimiento de sus **costos totales de medicamentos**. Este es el monto que usted paga de su bolsillo o que otros pagan en su nombre más la cantidad pagada por el plan.

Si le surtieron una o más recetas a través del plan durante el mes anterior, le enviaremos una EOB de la Parte D. La EOB de la Parte D incluye lo siguiente:

- **Información de ese mes.** Este informe suministra los detalles de pago de los medicamentos con receta que ha surtido durante el mes anterior. Muestra los costos totales de medicamentos, lo que el plan pagó, y lo que usted y otros en su nombre pagaron.
- **Totales para el año desde el 1 de enero.** Esto se denomina información hasta la fecha. Muestra los costos totales de medicamentos y los pagos totales por sus medicamentos desde que comenzó el año.
- **Información sobre el precio del medicamento.** Esta información mostrará el precio total del medicamento e información sobre los aumentos en el precio desde el primer surtido para cada reclamo de receta de la misma cantidad.
- **Recetas alternativas disponibles de menor costo.** Esto incluirá información sobre otros medicamentos con costos compartidos más bajos para cada reclamación de receta que pueda estar disponible.

Sección 3.2	Ayúdenos a mantener actualizada la información acerca de sus pagos por medicamentos
--------------------	--

Para hacer un seguimiento de sus costos de medicamentos y los pagos que realiza por medicamentos, usamos registros que obtenemos de las farmacias. A continuación, se indica cómo puede ayudarnos a mantener su información actualizada y correcta:

- **Muestre su tarjeta de miembro cada vez que surta una receta.** Esto nos ayuda a asegurarnos de que conocemos las recetas que está surtiendo y lo que está pagando.

Capítulo 6 Lo que paga por sus medicamentos con receta de

- **Asegúrese de que contemos con la información que necesitamos.** En ocasiones, es posible que usted pague el costo total de un medicamento con receta. En estos casos, no obtendremos automáticamente la información que necesitamos para realizar un seguimiento de sus gastos de bolsillo. Para ayudarnos a realizar un seguimiento de sus gastos de bolsillo, proporciónenos copias de sus recibos. Estos son ejemplos de cuándo debe darnos copias de los recibos de sus medicamentos:
 - Cuando compra un medicamento cubierto en una farmacia de la red a un precio especial o con una tarjeta de descuento que no forma parte de los beneficios de nuestro plan.
 - Cuando hace un copago por medicamentos que se proveen en virtud de un programa de asistencia al paciente que ofrezca el fabricante del medicamento.
 - Cuando haya comprado medicamentos cubiertos en farmacias fuera de la red o en otras oportunidades en que haya pagado el precio completo de un medicamento cubierto en circunstancias especiales.
 - Si le facturan por un medicamento cubierto, puede pedirle a nuestro plan que pague nuestra parte del costo. Para obtener instrucciones sobre cómo hacer esto, vaya al Capítulo 7, Sección 2.
- **Envíenos información acerca de los pagos que otras personas hayan hecho en su nombre.** Los pagos hechos por ciertos individuos y organizaciones también cuentan dentro de sus gastos de bolsillo. Por ejemplo, los pagos realizados por un Programa Estatal de Ayuda para Medicamentos, un Programa de Asistencia de Medicamentos para el SIDA (ADAP), el Servicio de Salud para Indígenas y la mayoría de las organizaciones de beneficencia se cuentan como gastos de bolsillo. Mantenga un registro de estos pagos y envíenos los recibos para que podamos hacer un seguimiento de sus costos.
- **Lea el informe escrito que le enviamos.** Cuando reciba una Explicación de Beneficios de la Parte D léala para asegurarse de que la información esté completa y sea correcta. Si cree que falta algo o tiene alguna pregunta, llámenos a Departamento de Servicios para Miembros. Asegúrese de guardar estos informes.

SECCIÓN 4 Durante la etapa del deducible, usted paga el costo total de los medicamentos

La etapa del deducible es la primera etapa de pago para su cobertura de medicamentos. Esta etapa comienza cuando surte su primera receta del año. Cuando se encuentre en esta etapa de cobertura, **deberá pagar el costo total de sus medicamentos** hasta alcanzar el monto deducible del plan, que es de \$545 para 2024. Su **costo total** en general es menor que el precio total normal del medicamento, ya que nuestro plan ha negociado costos menores para la mayoría de los medicamentos.

Una vez que haya pagado \$545 por sus medicamentos, usted abandona la etapa del deducible y pasa a la etapa de cobertura inicial.

SECCIÓN 5 Durante la etapa de cobertura inicial, el plan paga su parte del costo de sus medicamentos y usted paga su parte

Sección 5.1	Lo que usted paga por un medicamento depende del medicamento y dónde lo surte
--------------------	--

Durante la etapa de cobertura inicial, el plan paga su parte del costo de sus medicamentos con receta cubiertos, y usted paga su parte (el monto de su copago o coseguro). Su parte del costo variará según el medicamento con receta y dónde lo surta.

Sus opciones de farmacia

Lo que usted paga por un medicamento depende de si usted obtiene el medicamento en uno de los siguientes lugares:

- Una farmacia que no se encuentra en la red del plan. Cubrimos recetas surtidas en farmacias fuera de la red solo en situaciones específicas. Consulte la Sección 2.5 del Capítulo 5 para descubrir cuándo cubriremos los medicamentos con receta surtidos en farmacias fuera de la red.
- La farmacia de pedido por correo del plan.

Para obtener más información acerca de estas opciones de farmacia y cómo surtir sus recetas, consulte el Capítulo 5 y el *Directorio de farmacias* del plan.

Sección 5.2	Tabla que le muestra el costo para usted de un suministro de un mes de un medicamento
--------------------	--

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

Su parte del costo al obtener un suministro de un mes de un medicamento con receta cubierto por la Parte D:

	Costo compartido minorista estándar (dentro de la red) (suministro de hasta 30 días)	Costo compartido de atención a largo plazo (LTC) (suministro de hasta 31 días)	Costo compartido fuera de la red (La cobertura se limita a ciertas situaciones; consulte el Capítulo 5 para obtener más información). (Suministro de hasta 30 días).
Nivel			

Capítulo 6 Lo que paga por sus medicamentos con receta de

Para medicamentos de marca y genéricos (incluidos los medicamentos de marca que se tratan como medicamentos genéricos)	Usted paga Coseguro del 25%	Usted paga Coseguro del 25%	Usted paga Coseguro del 25%
Así como para todos los demás medicamentos	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)”.	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)”.	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)”.

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

Consulte la Sección 9 de este capítulo para obtener más información sobre los costos compartidos de las vacunas de la Parte D.

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

Generalmente, el monto que usted paga por un medicamento con receta cubre el suministro de un mes completo. Puede haber ocasiones en las que usted o su médico deseen que tenga un suministro de un medicamento para menos de un mes (por ejemplo, cuando prueba un medicamento por primera vez). También puede pedirle a su médico que le recete, y al farmacéutico que le surta, un suministro de menos de un mes completo de un medicamento si esto lo ayudara a planear de mejor manera las fechas en las que deberá volver a surtir diferentes recetas.

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

- Si es responsable del coseguro, paga un porcentaje del costo total del medicamento. Dado que el coseguro se basa en el costo total del medicamento, su costo será menor ya que el costo total del medicamento será menor.
- Si usted es responsable de un copago por el medicamento, solo pagará la cantidad de días del medicamento que reciba en lugar de un mes completo. Calcularemos el monto que usted paga por día por el medicamento (la "tasa diaria de costo compartido") y lo multiplicaremos por la cantidad de días del medicamento que reciba.

Capítulo 6 Lo que paga por sus medicamentos con receta de**Sección 5.4 Una tabla que le muestra sus costos por un suministro a largo plazo (90 días) de un medicamento**

En el caso de algunos medicamentos, puede obtener un suministro a largo plazo (también denominado “suministro extendido”). Un suministro a largo plazo es un suministro de hasta 90 días.

En la siguiente tabla, se muestra lo que debe pagar al obtener un suministro a largo plazo de un medicamento.

Su parte del costo al obtener un suministro a largo plazo de un medicamento con receta cubierto por la Parte D:

Nivel	Costo compartido minorista estándar (dentro de la red) (suministro de hasta 30 días)	Costo compartido de pedido por correo (suministro de hasta 90 días)
Para medicamentos de marca y genéricos (incluidos los medicamentos de marca que se tratan como medicamentos genéricos)	Usted paga Coseguro del 25%	Usted paga Coseguro del 25%
Así como para todos los demás medicamentos	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)”.	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)”.

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

Sección 5.5 Usted permanece en la etapa de cobertura inicial hasta que sus costos totales de medicamentos para el año alcancen

Usted permanece en la Etapa de Cobertura Inicial hasta que el monto total de los medicamentos con receta que ha surtido alcance el **límite de \$5030 para la etapa de cobertura inicial**.

Usted permanece en la etapa de cobertura inicial hasta que sus gastos de bolsillo alcancen el monto de \$5030. Luego pasa a la etapa de cobertura para casos catastróficos.

La EOB de la Parte D que reciba le ayudará a realizar un seguimiento de cuánto usted, el plan y cualquier tercero han gastado en su nombre durante el año. Muchas personas no alcanzan el límite de \$5030 en un año.

Le informaremos si alcanza este monto. Si efectivamente alcanza este monto, abandonará la etapa de cobertura inicial y pasará a la etapa de brecha de cobertura. Consulte la Sección 1.3 sobre cómo Medicare calcula sus gastos de bolsillo.

SECCIÓN 6 Costos en la etapa de brecha de cobertura

Cuando se encuentra en la etapa de brecha de cobertura, el Programa de Descuentos durante la brecha en la Cobertura de Medicare brinda descuentos de fabricantes sobre los medicamentos de marca. Usted debe pagar el 25 % del precio negociado y una parte de la tarifa de despacho para los medicamentos de marca. Tanto el monto que usted paga como el descuento del fabricante se cuentan para sus gastos de bolsillo, como si los hubiera pagado, y le permiten avanzar a lo largo de la brecha de cobertura.

También recibe cierto grado de cobertura para medicamentos genéricos. Usted paga, como máximo, el 25 % del costo de los medicamentos genéricos, y el plan paga el resto. Solo el monto que usted paga es el que cuenta y le permite avanzar a lo largo de la brecha de cobertura.

Usted continúa pagando estos costos hasta que sus pagos de bolsillo anuales alcancen el monto máximo que Medicare ha establecido. Una vez que alcance esta cantidad de \$8000, abandonará la etapa de brecha de cobertura y pasará a la etapa de cobertura catastrófica.

Medicare tiene normas respecto de lo que cuenta y lo que no cuenta como sus gastos de bolsillo (Sección 1.3).

Los requisitos de coseguro de la etapa de brecha de cobertura no se aplican a los productos de insulina cubiertos por la Parte D ni a la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D, incluidas las vacunas contra el herpes zóster, el tétanos y las vacunas para viajes.

No pagará más de \$35 por un suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto, independientemente del nivel de costo compartido.

Consulte la Sección 9 de este capítulo para obtener más información sobre las vacunas de la Parte D y los costos compartidos para las vacunas de la Parte D.

SECCIÓN 7 Durante la etapa de cobertura catastrófica, el plan paga el costo total de sus medicamentos cubiertos de la Parte D.

Usted ingresa a la etapa de cobertura catastrófica cuando sus gastos de bolsillo han alcanzado el límite de \$8000 por año calendario. Una vez que ingresa en la etapa de cobertura para casos catastróficos, permanecerá en esta etapa de pago hasta el final del año calendario.

- Durante esta etapa de pago, el plan paga el costo total de sus medicamentos cubiertos de la Parte D. No debe pagar nada.

SECCIÓN 8 Vacunas de la Parte D. Lo que paga depende de cómo y dónde los consigue.

Mensaje importante sobre lo que usted paga por las vacunas: algunas vacunas se consideran beneficios médicos. Algunas vacunas se consideran medicamentos de la Parte D. Puede encontrar estas vacunas en la "Lista de medicamentos" del plan. Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos sin costo alguno para usted. Consulte la "Lista de medicamentos" de su plan o comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros para obtener detalles sobre la cobertura y los costos compartidos sobre vacunas específicas.

Nuestra cobertura de vacunas de la Parte D incluye dos partes:

- La primera parte de la cobertura es el costo **de la vacuna en sí**.
- La segunda parte de la cobertura es el costo de **darle la vacuna**. (Esto a veces se denomina "administración" de la vacuna).

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

1. Si la vacuna es recomendada para adultos por una organización llamada Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización (ACIP, en inglés).

- La mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos son recomendadas por el ACIP y no le cuestan nada.

2. Dónde consigue la vacuna.

- La vacuna en sí puede ser dispensada en una farmacia o proporcionada en el consultorio del médico.

3. Quién le aplica la vacuna.

- Un farmacéutico u otro proveedor puede administrar la vacuna en la farmacia. Alternativamente, un proveedor puede administrarlo en el consultorio del médico.

Lo que usted paga al momento de la administración de una vacuna de la Parte D puede variar según las circunstancias y en qué **etapa de cobertura para medicamentos** esté.

- A veces, cuando recibe una vacuna, debe pagar el costo total tanto de la vacuna en sí como del costo del proveedor para administrarla. Puede solicitarle al plan que le reembolse su parte del costo. Para la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D, esto significa que se le reembolsará el costo total de lo que pagó.

Capítulo 6 Lo que paga por sus medicamentos con receta de

- Otras veces, cuando reciba una vacuna, pagará solo su parte del costo según su beneficio de la Parte D. Para la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D, no pagará nada.

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

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

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

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

- Cuando reciba la vacuna, es posible que tenga que pagar el costo total de la vacuna en sí y el costo del proveedor para administrársela.
- Luego puede solicitar a nuestro plan que pague nuestra parte del costo mediante el uso de los procedimientos que se describen 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 haya pagado menos el coseguro para la vacuna (incluida la administración) y menos cualquier diferencia entre el monto que cobra el médico y lo que solemos pagar. (Si recibe “Ayuda Adicional”, le reembolsaremos esta diferencia).

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

- Para la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D, no pagará nada por la vacuna misma.
- Para otras vacunas de la Parte D, usted pagará a la farmacia su coseguro por la vacuna misma.
- Cuando su médico le aplique la vacuna, es posible que deba pagar el costo total de este servicio.
- Luego puede solicitar a nuestro plan que pague nuestra parte del costo mediante el uso de 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 y menos cualquier diferencia entre el monto que cobra el médico y lo que normalmente pagamos.

(Si recibe “Ayuda Adicional”, le reembolsaremos esta diferencia).

CAPÍTULO 7:

*Cómo solicitarnos que paguemos
nuestra parte de una factura que
recibió por servicios médicos
o medicamentos cubiertos*

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

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

A veces, cuando recibe atención médica o un medicamento con receta, es posible que deba pagar el costo total. Otras veces, es posible que advierta que ha pagado más de lo que esperaba en virtud de las normas de cobertura del plan. En estos casos, puede solicitar a nuestro plan que le reembolse el pago (reintegrar el pago suele llamarse reembolso). Es su derecho obtener un reembolso por parte del plan siempre que haya pagado una suma superior a su parte del costo por los servicios médicos o medicamentos que cubre nuestro plan. Es posible que haya plazos que deba cumplir para recibir el reembolso. Consulte la Sección 2 de este capítulo.

También puede haber ocasiones en las que reciba una factura de un proveedor por el costo total de la atención médica que recibió o posiblemente por una cantidad superior a su parte del costo compartido, como se analiza en el documento. Primero intente resolver la factura con el proveedor. Si eso no funciona, envíenos la factura en lugar de pagarla. Analizaremos la factura y decidiremos si corresponde cubrir los servicios. Si decidimos que corresponde cubrirlos, le pagaremos directamente al proveedor. Si decidimos no pagarlo, se lo comunicaremos al proveedor. Nunca debe pagar más que el costo compartido permitido por el plan. Si se contrata a este proveedor, usted aún tiene derecho a recibir tratamiento.

A continuación, indicamos algunos ejemplos de situaciones en las que es posible que deba solicitar a nuestro plan que le realice un reembolso o que pague una factura que haya recibido:

1. Cuando haya recibido atención médica urgente o de emergencia por parte de un proveedor fuera de la red de nuestro plan

Cuando esté fuera del área de servicio, puede recibir servicios de emergencia o de urgencia de cualquier proveedor, sea o no parte de nuestra red. En estos casos,

- usted solo es responsable de pagar su parte del costo de los servicios de emergencia o de urgencia. Los proveedores de emergencia están obligados legalmente a brindar atención de emergencia. Si paga el monto total usted mismo en el momento de recibir la atención, pídaenos que le devolvamos nuestra parte del costo. Envíenos la factura junto con la documentación de los pagos que haya realizado.
- Puede recibir una factura del proveedor en la que se le solicite un pago que usted cree que no debería realizar. Envíenos esta factura junto con la documentación de los pagos que haya realizado.
 - Si se le debe algo al proveedor, le pagaremos directamente al proveedor.
 - Si ya ha pagado más que su parte del costo del servicio, determinaremos cuánto debe usted y le reembolsaremos 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 al plan y solicitarle a usted su parte del costo. Sin embargo, a veces, cometen errores y le solicitan a usted que pague más de lo que le corresponde.

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

- Solo tiene que pagar el monto de su costo compartido cuando recibe servicios cubiertos. No permitimos que los proveedores agreguen otros cargos adicionales, denominados facturación de saldos. Esta protección (que usted nunca pague más que su monto de costo compartido) se aplica incluso si pagamos al proveedor menos de lo que el proveedor cobra por un servicio e incluso si hay una disputa y no pagamos determinados cargos de proveedores.
- Siempre que reciba una factura de un proveedor que forma parte de la red con un monto que usted considere que supera al que le corresponde pagar, envíenos la factura. Nos comunicaremos con el proveedor directamente y resolveremos el problema de facturación.
- Si ya le ha pagado una factura a un proveedor que forma parte de la red, pero piensa que ha pagado demasiado, envíenos la factura junto con la documentación de los pagos que haya hecho y solicítenos que le paguemos la diferencia entre el monto que pagó y el monto que adeuda en virtud del plan.

3. Si se inscribe en nuestro plan de forma retroactiva

A veces, la inscripción de una persona en el plan se hace en forma retroactiva. (Esto significa que el primer día de su inscripción ya pasó. La fecha de inscripción puede incluso haber ocurrido el año pasado).

Si se inscribió en nuestro plan en forma retroactiva y pagó de su bolsillo servicios y medicamentos cubiertos después de su fecha de inscripción, puede solicitarnos que le reembolsemos nuestra parte de los costos. Deberá enviar documentación como recibos y facturas para que podamos gestionar el reembolso.

4. Cuando acude a una farmacia fuera de la red para surtir un medicamento con receta

Si va a una farmacia fuera de la red, es posible que la farmacia no pueda presentarnos el reclamo directamente. Cuando eso sucede, deberá pagar el costo total de su medicamento con receta.

Conserve su factura y envíenos una copia para solicitarnos que le reembolsemos nuestra parte del costo. Recuerde que solo cubrimos farmacias fuera de la red en circunstancias limitadas. Consulte el Capítulo 5, Sección 2.5 para una discusión de estas circunstancias.

5. Cuando paga el costo total de un medicamento con receta porque no tiene su tarjeta de miembro con usted

Si no tiene la tarjeta de miembro con usted, puede solicitarle a la farmacia que llame al plan o que busque su información de inscripción en el plan. Sin embargo, si la farmacia no puede obtener de inmediato la información de inscripción que necesita, es posible que usted deba pagar el costo total del medicamento con receta.

Conserve su factura y envíenos una copia para solicitarnos que le reembolsemos nuestra parte del costo.

6. Cuando paga el costo total de un medicamento con receta en otras situaciones

Es posible que deba pagar el precio completo de una receta debido a que el medicamento no está cubierto por alguna razón.

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

- Por ejemplo, es posible que el medicamento no esté en la “Lista de medicamentos” del plan o que tenga un requisito o restricción que usted no conocía o que no cree que deba aplicarse a usted. Si decide obtener el medicamento de inmediato, es posible que deba pagar el costo total.
- Conserve su factura y envíenos una copia para solicitarnos que le realicemos un reembolso. En algunos casos, es posible que necesitemos más información de su médico, a fin de reembolsarle nuestra parte del costo.

Todos los ejemplos indicados anteriormente son tipos de decisiones de cobertura. Esto significa que si negamos su solicitud de pago, puede apelar nuestra decisión. El Capítulo 9 de este documento tiene información sobre cómo presentar una apelación.

SECCIÓN 2 Cómo solicitarnos que le realicemos un reembolso o que paguemos una factura que haya recibido

Puede solicitarnos que le devolvamos el dinero enviándonos una solicitud por escrito. Si envía una solicitud por escrito, envíe su factura y la documentación de cualquier pago que haya realizado. Puede ser una buena idea hacer una copia de la factura y los recibos para que los conserve como constancia. **Debe presentar su reclamación dentro de los 60 días** de la fecha en que recibió el servicio, producto o medicamento.

Envíenos su solicitud de pago por correo junto con cualquier factura o recibo pagados a la siguiente dirección:

RiverSpring Star
Attn: Claims Department
80 West 225th Street
Bronx, NY 10463

Para la Parte D (Reclamaciones de los medicamentos con receta) envíenos su solicitud de pago por correo junto con cualquier factura o recibo a la siguiente dirección:

Express Scripts
Attn: Medicare Part D
PO Box 14718
Lexington, KY 40512-4718

SECCIÓN 3 Analizaremos su solicitud de pago y le brindaremos una respuesta afirmativa o negativa

Sección 3.1 Verificaremos si nos corresponde cubrir el servicio o el medicamento y el monto que le adeudamos
--

Cuando recibamos su solicitud de pago, le haremos saber si necesitamos que nos brinde información adicional. De lo contrario, analizaremos su solicitud y tomaremos una decisión de cobertura.

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

- Si decidimos que la atención médica o el medicamento están cubiertos y usted siguió todas las normas para obtener la atención o el medicamento, le pagaremos nuestra parte del costo. Si ya ha pagado el servicio o el medicamento, le enviaremos el reembolso de nuestra parte del costo por correo postal. Si no ha pagado el servicio o el medicamento aún, le enviaremos el pago directamente al proveedor por correo postal.
- Si decidimos que la atención médica o el medicamento no están cubiertos o usted no siguió todas las normas, no le pagaremos nuestra parte del costo. Le enviaremos una carta en la que se expliquen los motivos por los cuales no estamos enviando el pago y su derecho de apelar esa decisión.

Sección 3.2 Si le informamos que no pagaremos la totalidad ni parte de la atención médica o el medicamento, puede presentar una apelación

Si cree que hemos cometido un error al rechazar su solicitud de pago o el monto que estamos pagando, puede presentar una apelación. Si presenta una apelación, significa que nos solicita que modifiquemos la decisión que tomamos al rechazar su solicitud de pago. El proceso de apelación es un proceso formal con procedimientos detallados y plazos importantes. Para obtener detalles sobre cómo presentar esta apelación, consulte el Capítulo 9 de este documento.

CAPÍTULO 8:

Sus derechos y responsabilidades

Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades

SECCIÓN 1 Nuestro plan debe respetar sus derechos y sensibilidades culturales como miembro del plan

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

Su plan debe garantizar que todos los servicios, tanto clínicos como no clínicos, se brinden 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 aquellos que provienen de distintos contextos culturales y étnicos. Ejemplos de cómo un plan puede cumplir con estos requisitos de accesibilidad incluyen, entre otros: provisión de servicios de traducción, servicios de intérprete, teletipos o conexión TTY (teléfono de texto o teléfono con teletipo).

Nuestro plan cuenta con servicios de intérprete gratuitos disponibles para responder preguntas de miembros que no hablan inglés. También podemos proporcionarle información en braille, en letra grande o en otros formatos alternativos sin cargo, si es necesario. Estamos obligados a facilitarle información sobre los beneficios del plan en un formato accesible y adecuado para usted. Para obtener información nuestra de una manera que funcione para usted, llame al Departamento de Servicios para Miembros.

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

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

Si tiene problemas para obtener información de nuestro plan en un formato que sea accesible y apropiado para usted, consultar a un especialista en salud de la mujer o encontrar un especialista de la red, llame para presentar una queja ante el Departamento de Servicios para Miembros llamando al 1-800-580-7000. Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 711. También puede presentar un reclamo ante Medicare llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o directamente a la Oficina de Derechos Civiles al 1-800-368-1019 o TTY 1-800-537-7697.

Para recibir información de nosotros de una manera conveniente y efectiva, llame al Departamento de Servicios para Miembros (los números de teléfono figuran en la portada posterior de este folleto).

Nuestro plan cuenta con personal y servicios de interpretación gratuitos disponibles para responder las preguntas de los miembros discapacitados y que no hablan español. Este documento está disponible en español. También podemos proporcionarle información en braille, letra grande o en otros formatos alternativos sin costo para usted si lo necesita. Debemos proporcionarle información sobre los beneficios del plan en un formato que sea accesible y adecuado a su caso. Para recibir

Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades

información de nosotros de una manera conveniente y efectiva, llame a Servicios para los miembros (los números de teléfono figuran en la portada posterior de este folleto) o comuníquese con el Coordinador de derechos civiles de RiverSpring Star (HMO I-SNP).

Si tiene alguna dificultad para obtener información sobre nuestro plan en un formato que sea accesible y adecuado a su caso, llame a Servicios para los miembros al 1 -800-580-7000, TTY/ TDD 711 para presentar un reclamo. También puede presentar una queja ante Medicare al número de teléfono 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o directamente ante la Oficina de Derechos Civiles. La información de contacto se incluye en esta Evidencia de cobertura o en este correo; obien, puede comunicarse con Servicios para los miembros al 1-800-580-7000 para obtener más información.

Sección 1.2 Debemos garantizar que obtenga acceso oportuno a sus servicios y medicamentos cubiertos

Tiene derecho a elegir un proveedor en la red del plan para que le brinde y organice sus servicios cubiertos. No exigimos que obtenga remisiones para consultar a proveedores de la red.

Usted tiene derecho a obtener consultas y servicios cubiertos de la red del plan de los proveedores dentro de una cantidad de tiempo razonable. Esto incluye el derecho a recibir servicios oportunos por parte de los especialistas cuando necesita tal atención. También tiene derecho a poder surtir o resurtir sus medicamentos con receta en cualquiera de nuestras farmacias de la red sin demoras prolongadas.

Si cree que no está obteniendo atención médica o medicamentos de la Parte D dentro de un plazo razonable, encontrará información al respecto en el Capítulo 9.

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

Las leyes federales y estatales protegen la privacidad de sus registros médicos e información personal de salud. Protegemos su información personal de salud como lo exigen estas leyes.

- La información personal de salud incluye información personal que nos brindó cuando se inscribió en este plan además de su historial clínico y otra información médica y sobre su salud.
- Usted tiene derechos relacionados con su información y con el control de cómo se utiliza su información de salud. Le brindamos un aviso por escrito, llamado **Aviso de Prácticas de Privacidad**, que le informa acerca de estos derechos y explica cómo protegemos la privacidad de su información médica.

¿Cómo protegemos la privacidad de la información sobre su salud?

- Nos aseguramos de que las personas no autorizadas no tengan acceso a, ni cambien sus registros.
- Excepto por las circunstancias que se indican a continuación, si tenemos la intención de brindar su información de salud a cualquier persona que no le brinde atención ni la pague, antes *debemos obtener un permiso por escrito de usted o de alguien a quien le haya otorgado poder legal para tomar decisiones sobre su caso.*

Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades

- Hay ciertas excepciones que no nos requieren obtener un permiso por escrito suyo antes. Estas excepciones están permitidas o son exigidas por ley.
 - Estamos obligados a difundir información sobre la salud a agencias gubernamentales que estén comprobando la calidad de la atención.
 - Puesto que usted es un miembro de nuestro plan por medio de Medicare, nos obligan a darle a Medicare información sobre su salud que incluye información acerca de los medicamentos con receta de la Parte D. Si Medicare divulga su información para investigación u otros usos, esto se hará de acuerdo con los estatutos y regulaciones federales; por lo general, esto requiere que no se comparta la información que lo identifica de manera única.

Puede tener acceso a la información de su historial clínico y saber cómo se ha compartido con otras personas

Tiene derecho a ver su historial clínico que se encuentra en el plan, y a obtener una copia de sus registros. Estamos autorizados a cobrarle una tarifa por hacer copias. Usted también tiene derecho a solicitarnos que hagamos adiciones o correcciones a su historial clínico. Si nos solicita hacer eso, trabajaremos con su proveedor de atención médica para decidir si se deben realizar los cambios.

Tiene derecho a saber cómo se ha compartido la información sobre su salud con las demás personas por algún motivo que no sea el de rutina.

Si tiene preguntas o inquietudes sobre la privacidad de su información médica personal, llame al Departamento de Servicios para Miembros.

Puede encontrar una copia de las prácticas de privacidad en nuestro sitio web en www.RiverSpringHealthPlans.org.

Sección 1.4	Estamos obligados a proporcionarle información acerca del plan, la red de proveedores y sus servicios cubiertos
--------------------	--

Como miembro de RiverSpring Star (HMO I-SNP), tiene derecho a recibir de nuestra parte diversos tipos de información.

Si desea alguno de los siguientes tipos de información, llame al Departamento de Servicios para Miembros:

- **Información sobre nuestro plan.** Esto incluye, por ejemplo, información acerca de la condición financiera del plan.
- **Información sobre nuestra red de proveedores y farmacias.** Usted tiene derecho a obtener información acerca de las certificaciones de los proveedores y las farmacias que participan en nuestra red y sobre la forma en que les pagamos a dichos proveedores.

Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades

- **Información acerca de su cobertura y las normas que debe seguir cuando la utilice.** Los capítulos 3 y 4 brindan información sobre los servicios médicos. Los Capítulos 5 y 6 brindan información sobre la cobertura de medicamentos con receta de la Parte D.
- **Información acerca de por qué algo no está cubierto y qué puede hacer usted al respecto.** El Capítulo 9 proporciona información sobre cómo solicitar una explicación por escrito sobre por qué un servicio médico o medicamento de la Parte D no está cubierto o si su cobertura está restringida. El Capítulo 9 también proporciona información sobre cómo pedirnos que cambiemos una decisión, lo que se conoce como apelación.

Sección 1.5	Debemos apoyar su derecho de tomar decisiones acerca de su atención
--------------------	--

Tiene derecho a conocer sus opciones de tratamiento y participar en la toma de decisiones acerca de su atención médica.

Tiene derecho a obtener información completa por parte de sus médicos y otros proveedores de atención médica. Sus proveedores deben explicarle cuál es su afección y sus opciones de tratamiento *de forma que sea fácil de entender para usted*.

También tiene derecho a participar en su totalidad en las decisiones acerca de su atención médica. Para ayudarlo a tomar decisiones con su médico acerca del mejor tratamiento para usted, entre sus derechos se incluyen los siguientes:

- **Conocer todos los detalles sobre sus opciones.** Esto significa que usted tiene derecho a que le informen todas las opciones de tratamiento recomendadas para su afección, sin importar lo que cuesten o si están cubiertos o no por su plan. También incluye que le informen acerca de los programas que ofrece nuestro plan para ayudar a los miembros a administrar sus medicamentos y tomarlos de forma segura.
- **Conocer los riesgos.** Tiene derecho a que le informen acerca de cualquier riesgo involucrado en su atención. Se le debe informar por adelantado si algún tipo de atención médica o tratamiento propuesto es parte de un experimento de investigación. Tiene derecho a negarse a recibir cualquier tratamiento experimental.
- **Derecho a decir “no”.** Tiene derecho a negarse a recibir cualquier tratamiento recomendado. Esto incluye el derecho a irse del hospital o de cualquier otro centro de salud, incluso si su médico le recomienda que no lo haga. También tiene derecho a dejar de tomar sus medicamentos. Por supuesto que, si se niega a recibir el tratamiento o a tomar los medicamentos, usted será responsable por lo que le suceda a su cuerpo como consecuencia de su decisión.

Tiene derecho a dar instrucciones acerca de lo que debe hacerse si usted no puede tomar decisiones médicas por usted mismo

En ocasiones, las personas pierden la capacidad de tomar decisiones sobre su atención médica debido a accidentes o enfermedades graves. Usted tiene derecho a decir lo que quiere que suceda si se llegase a encontrar en esa situación. Eso significa que, *si usted lo desea*, puede hacer lo siguiente:

Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades

- Completar un formulario escrito para **darle a alguien la autoridad legal para tomar decisiones médicas por usted**, en caso de que alguna vez no pueda ser capaz de tomar las decisiones usted mismo.
- **Proporcionar instrucciones por escrito a su médico** sobre cómo desea que administre su atención médica en caso de que usted llegue a perder la capacidad para tomar sus propias decisiones.

Los documentos legales que puede utilizar para dar instrucciones previas a estas situaciones se denominan **instrucciones anticipadas**. Existen distintos tipos de instrucciones anticipadas y distintos nombres para ellas. Los documentos llamados **testamento en vida** y **poder notarial médico** son ejemplos de instrucciones anticipadas.

Si desea utilizar una **instrucción anticipada** para dar instrucciones, deberá hacer lo siguiente:

- **Obtenga el formulario.** Puede obtener un formulario de instrucción anticipada de su abogado, de un trabajador social o de algunas tiendas de artículos de oficina. En ocasiones, puede obtener los formularios para instrucciones anticipadas en organizaciones que brindan información acerca de Medicare. También puede comunicarse con el Departamento de Servicios para Miembros para el participante para solicitar los formularios.
- **Complete el formulario y fírmelo.** Sin importar dónde consiga este formulario, recuerde que es un documento legal. Puede pedirle a un abogado que lo ayude a completarlo.
- **Entregue copias a las personas adecuadas.** Le recomendamos que le entregue una copia del formulario a su médico y a la persona que designe en el formulario que pueda tomar las decisiones en caso de que usted no pueda. Le recomendamos que entregue copias a sus parientes y amigos más cercanos. Tenga una copia en su casa.

Si tiene una hospitalización programada y tiene una instrucción anticipada firmada, **llévese una copia al hospital**.

- En el hospital, se le preguntará si ha firmado un formulario de instrucción anticipada y si lo tiene consigo.
- Si no ha firmado un formulario de instrucción anticipada, el hospital tiene formularios disponibles y se le preguntará si desea firmar uno.

Recuerde que es usted quien decide si desea completar una instrucción anticipada (es más, será usted quien decida si desea firmar alguna cuando se encuentre en el hospital). Conforme a la ley, nadie puede negarle atención ni discriminarlo por haber firmado o no una instrucción anticipada.

¿Qué sucede si sus instrucciones no son respetadas?

Si firmó una instrucción anticipada y cree que un médico u hospital no siguieron las instrucciones allí incluidas, puede presentar un reclamo ante el Departamento de Salud del Estado de Nueva York, Office of the Commissioner, Empire State Plaza, Corning Tower, 14th Floor, Albany, New York, 12237. También puede comunicarse con el Departamento de Salud llamando al 1-518-474-2011.

Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades**Sección 1.6 Tiene derecho a presentar reclamos y a solicitarnos que reconsideremos las decisiones que tomamos**

Si tiene algún problema, inquietud o reclamo y necesita solicitar cobertura o presentar una apelación, el Capítulo 9 de este documento le indica lo que puede hacer. Sin importar lo que haga (solicitar una decisión de cobertura, presentar una apelación o un reclamo), **estamos obligados a tratarlo de forma justa.**

Sección 1.7 ¿Qué puede hacer si cree que está siendo tratado deshonestamente o que sus derechos no están siendo respetados?

Si es un tema de discriminación, llame a la Oficina de Derechos Civiles.

Si cree que ha sido tratado deshonestamente o que sus derechos no han sido respetados debido a su raza, discapacidad, religión, género, estado de salud, origen étnico, credo (creencias), edad, orientación sexual o nacionalidad, debe llamar a la **Oficina de Derechos Civiles** del Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1-800-368-1019 o TTY al 1-800-537-7697; o bien, llame a su Oficina de Derechos Civiles local.

¿Es sobre algún otro tema?

Si cree que ha sido tratado deshonestamente o que sus derechos no han sido respetados, y *que no* acerca de la discriminación, puede obtener ayuda para abordar el problema que tiene:

- Puede **llamar al Departamento de Servicios para Miembros.**
- Puede **llamar al SHIP.** Para más detalles, vaya al Capítulo 2, Sección 3.
- O puede **llamar a Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas del día, los 7 días de la semana (TTY 1-877-486-2048).

Sección 1.8 Cómo obtener información acerca de sus derechos

Existen muchos lugares donde puede obtener más información sobre sus derechos:

- Puede **llamar al Departamento de Servicios para Miembros.**
- Puede **llamar al SHIP.** Para más detalles, vaya al Capítulo 2, Sección 3.
- Puede comunicarse con **Medicare.**
 - Puede visitar el sitio web de Medicare para leer o descargar la publicación *Sus derechos y protecciones con Medicare*. (La publicación está disponible en: www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf).
 - O puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas del día, los 7 días de la semana (TTY 1-877-486-2048).

Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades

SECCIÓN 2 Usted tiene ciertas responsabilidades como miembro del plan

A continuación, enumeramos sus responsabilidades como miembro del plan. Si tiene alguna pregunta, llame al Departamento de Servicios para Miembros.

- **Aprenda cuáles son los servicios cubiertos por el plan y las normas que debe seguir para recibirlos.** Use esta *Evidencia de Cobertura* para conocer lo que está cubierto por el plan y las normas que debe seguir para recibir los servicios cubiertos.
 - Los capítulos 3 y 4 brindan detalles sobre sus servicios médicos.
 - En los Capítulos 5 y 6 encontrará los detalles sobre su cobertura para medicamentos con receta de la Parte D.
- **Si tiene alguna otra cobertura de seguro de salud o de medicamentos con receta que no sea nuestro plan, es necesario que nos lo comuniqué.** El Capítulo 1 le informa sobre cómo coordinar estos beneficios.
- **Avíseles a su médico y a otros proveedores de atención médica que usted está inscrito en nuestro plan.** Muestre su tarjeta de miembro cada vez que reciba atención médica o adquiera sus medicamentos con receta de la Parte D.
- **Permita que sus médicos y otros proveedores lo ayuden brindándoles información, haciéndoles preguntas y siguiendo las instrucciones sobre su atención.**
 - Para ayudar a obtener la mejor atención, informe a sus médicos y otros proveedores de salud sobre sus problemas de salud. Siga los planes y las instrucciones de tratamiento que acuerde con su médico.
 - Asegúrese de que sus médicos conozcan todos los medicamentos que toma, incluidos los medicamentos de venta libre, las vitaminas y los suplementos.
 - Si tiene alguna pregunta, asegúrese de preguntar y obtener una respuesta que pueda comprender.
- **Sea considerado.** Contamos con que todos nuestros miembros respeten los derechos de los demás pacientes. También contamos con que actúe de forma que colabore con el funcionamiento sin problemas del consultorio del médico, los hospitales y otras oficinas.
- **Pague lo que adeuda.** Como miembro del plan, es su responsabilidad realizar los pagos por los siguientes servicios:
 - Debe pagar las primas de su plan.
 - Debe continuar pagando una prima por su Parte B de Medicare para seguir siendo miembro del plan.
 - Para la mayoría de sus servicios médicos o medicamentos cubiertos por el plan, usted debe pagar su parte de los costos.
 - Si tiene que pagar una multa por inscripción tardía, tiene que pagarla para conservar su cobertura de medicamentos con receta.
 - Si debe pagar el monto adicional de la Parte D debido a sus ingresos anuales, debe continuar pagando el monto adicional directamente al gobierno para seguir siendo miembro del plan.

Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades

- **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 a un estado fuera del área de servicio de nuestro plan, no podrá seguir siendo miembro de nuestro plan.**
- Si se muda, también es importante avisarle al seguro social (o a la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios).

CAPÍTULO 9:

*Qué hacer si tiene un problema
o reclamo (decisiones de cobertura,
apelaciones, reclamos)*

Capítulo 9 Qué hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1	Qué hacer si tiene un problema o una inquietud
--------------------	---

En este capítulo se explican los dos tipos de procesos para tratar los problemas e inquietudes:

- Para algunos problemas, debe utilizar el **proceso de decisiones de cobertura y apelaciones**.
- Para otros problemas, debe utilizar el **proceso de presentación de reclamos**; también llamados quejas.

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

La guía de la Sección 3 le ayudará a identificar el proceso correcto a utilizar y lo que debe hacer.

Sección 1.2	¿Cuáles son los términos legales?
--------------------	--

Existen términos legales para algunos procedimientos, normas y tipos de fechas límite descritos en este capítulo. Muchos de estos términos son desconocidos para la mayoría de las personas y pueden ser difíciles de entender. Para facilitar las cosas, este capítulo:

- Utiliza palabras más simples en lugar de ciertos términos legales. Por ejemplo, en este capítulo, generalmente aparece “presentar un reclamo” en lugar de “presentar una queja”; “decisión de cobertura” en lugar de “determinación de la organización”, o “determinación de cobertura”, o “determinación de riesgo”; y “organización de revisión independiente” en lugar de “entidad de revisión independiente”.
- Además, se utiliza la menor cantidad posible de abreviaciones.

Sin embargo, puede resultarle útil (y a veces bastante importante) conocer los términos legales correctos. Saber qué términos utilizar le ayudará a comunicarse con mayor precisión para obtener la ayuda o información adecuada para su situación. Para ayudarlo a conocer los términos que debe utilizar, incluimos los términos legales cuando proporcionamos los detalles para tratar los tipos específicos de situaciones.

Sección 2 Dónde conseguir más información y asistencia personalizada

Siempre estamos disponibles para ayudarlo. Incluso si tiene un reclamo sobre el trato que le damos, estamos obligados a respetar su derecho a presentar un reclamo. Por lo tanto, siempre debes acercarte al servicio de atención al cliente para obtener ayuda. Sin embargo, en algunas situaciones, es posible que desee que lo ayude o guíe una persona que no esté conectada con nosotros. A continuación hay dos entidades que pueden ayudarlo.

Capítulo 9 Qué hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

Programa Estatal de Asistencia en Seguros de Salud (SHIP)

Cada estado tiene un programa gubernamental con consejeros capacitados. El programa no está conectado con nosotros ni con ninguna compañía de seguro o plan de salud. Los consejeros de este programa pueden ayudarlo a entender qué procesos deberá utilizar para tratar el problema que tenga. También pueden responder a sus preguntas, proporcionarle más información y ofrecerle una orientación sobre qué hacer.

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

Medicare

También puede comunicarse con Medicare para obtener ayuda. Para comunicarse con Medicare:

- 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.
- También puede visitar el sitio web de Medicare (www.medicare.gov).

SECCIÓN 3 ¿Qué proceso debe utilizar para tratar su problema?

Si tiene algún problema o inquietud, solo necesita leer las partes de este capítulo que se apliquen a su situación. La siguiente guía lo ayudará.

¿Tiene un problema o una inquietud con respecto a sus beneficios o cobertura?

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

Sí.

Diríjase a la siguiente sección de este capítulo, **la Sección 4, Guía sobre los aspectos básicos de las decisiones de cobertura y apelaciones.**

No.

Salte a la **Sección 10** al final de este capítulo: **Cómo presentar reclamos sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, servicio al cliente y otras inquietudes.**

Capítulo 9 Qué hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)**APELACIONES Y DECISIONES DE COBERTURA****SECCIÓN 4 Guía sobre los aspectos básicos de las apelaciones y decisiones de cobertura****Sección 4.1 Solicitar decisiones de cobertura y presentar apelaciones: Visión general**

Las decisiones de cobertura y las apelaciones tratan problemas relacionados con sus beneficios y la cobertura de su atención médica (servicios, productos y medicamentos con receta de la Parte B, incluido el pago). Para simplificar las cosas, generalmente nos referimos a los productos médicos, servicios y medicamentos con receta de la Parte B de Medicare como **atención médica**. El proceso de decisiones de cobertura y apelaciones se utiliza para cuestiones tales como si algo está cubierto o no y la forma en que algo está cubierto.

Solicitar decisiones de cobertura antes de recibir beneficios

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos sobre sus beneficios y cobertura o sobre el monto que pagaremos por sus servicios médicos. Por ejemplo, si el médico de la red de su 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 su médico de la red pueda demostrar que recibió un aviso de denegación estándar para este especialista médico o la evidencia de cobertura deja claro que el servicio remitido nunca está cubierto bajo ninguna condición. Usted o su médico también pueden comunicarse con nosotros y solicitar una decisión de cobertura si su médico no está seguro sobre si cubriremos un servicio médico en particular o se niega a proporcionar atención médica que usted crea necesitar. En otras palabras, si usted quiere saber si cubriremos una atención médica antes de recibirla, puede solicitarnos que tomemos una decisión de cobertura para usted. En circunstancias limitadas, se desestimará una solicitud de decisión de cobertura, lo que significa que no revisaremos la solicitud. Algunos ejemplos de cuándo se desestimará una solicitud incluyen si la solicitud está incompleta, si alguien hace la solicitud en su nombre, pero no está legalmente autorizado para hacerlo o si usted solicita que se retire su solicitud. Si desestimamos una solicitud de decisión de cobertura, le enviaremos un aviso en el que le explicaremos por qué se descartó la solicitud y cómo solicitar una revisión de la desestimación.

Cuando tomamos una decisión de cobertura, decidimos qué es lo que está cubierto y cuánto debemos pagar. En algunos casos, podríamos decidir que la atención médica no está cubierta o que Medicare ya no la cubre para usted. Si no está de acuerdo con esta decisión de cobertura, usted podrá presentar una apelación.

Presentar una apelación

Si tomamos una decisión de cobertura, ya sea antes o después de recibir un beneficio, y usted no está satisfecho, puede **apelar** la decisión. Una apelación es una manera formal de solicitarnos que revisemos y cambiemos una decisión de cobertura que hayamos tomado. En determinadas circunstancias que analizaremos más adelante, puede solicitar una **apelación rápida** de una decisión de cobertura. Su apelación es administrada por revisores diferentes a los que tomaron la decisión original.

Capítulo 9 Qué hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

El momento en que apela una decisión por primera vez se llama Apelación de Nivel 1. En esta apelación, nosotros revisamos la decisión de cobertura tomada para verificar que hayamos seguido todas las normas de forma adecuada. Cuando hayamos completado la revisión, le comunicaremos nuestra decisión.

En pocos casos se desestimarán una solicitud de apelación de Nivel 1, lo que significa que no revisaremos la solicitud. Algunos ejemplos de cuándo se desestimarán una solicitud incluyen si la solicitud está incompleta, si alguien hace la solicitud en su nombre, pero no está legalmente autorizado para hacerlo o si usted solicita que se retire su solicitud. Si desestimamos una solicitud de apelación de Nivel 1, le enviaremos un aviso en el que le explicaremos por qué se descartó la solicitud y cómo solicitar una revisión de la desestimación.

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

- No necesita hacer nada para iniciar una apelación de Nivel 2. Las normas de Medicare requieren que enviemos automáticamente su apelación de atención médica al Nivel 2 si no estamos completamente de acuerdo con su apelación del Nivel 1.
- Para obtener más información sobre las apelaciones de Nivel 2, consulte la **Sección 6.4** de este capítulo.
- Para las apelaciones de medicamentos de la Parte D, si rechazamos toda o parte de su apelación, deberá solicitar una apelación de Nivel 2. Las apelaciones de la Parte D se analizan con más detalle en la Sección 7 de este capítulo.

Si no está satisfecho con la decisión con la apelación de Nivel 2, es posible que pueda continuar con niveles de apelación adicionales (la Sección 9 de este capítulo explica los procesos de apelación de Nivel 3, 4 y 5).

Sección 4.2	Cómo obtener ayuda cuando solicita una decisión de cobertura o presenta una apelación
--------------------	--

Estos son algunos recursos que tal vez desee usar si decide solicitar algún tipo de decisión de cobertura o apelar una decisión:

- **Puede llamarnos al Departamento de Servicios para Miembros.**
- Puede **obtener ayuda gratuita** del Programa estatal de asistencia en seguros de salud (consulte la Sección 2 de este capítulo).
- **Su médico puede presentar una solicitud por usted.** Si su médico ayuda con una apelación más allá del nivel 2, deberá ser designado como su representante. Llame al Departamento de Servicios para Miembros y solicite el formulario *de Nombramiento de un Representante*. (El formulario también está disponible en el sitio web de Medicare en www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Formularios/descargas/cms1696.pdf o en nuestro sitio web en www.RiverSpringHealthPlans.org).
- Para atención médica o medicamentos con receta de la Parte B de Medicare, su médico puede solicitar una decisión de cobertura o una apelación de Nivel 1 en su nombre. Si su apelación es rechazada en el Nivel 1, se enviará automáticamente al Nivel 2.

Capítulo 9 Qué hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

- Para los medicamentos con receta de la Parte D, su médico o la persona que receta puede solicitar una decisión de cobertura o una apelación de Nivel 1 en su nombre. Si se rechaza su apelación de Nivel 1, su médico o persona que receta puede solicitar una apelación de Nivel 2.
- **Usted puede pedirle a alguien que actúe en su nombre.** Si lo desea, puede designar a otra persona para que actúe por usted como representante para pedir una decisión de cobertura o para presentar una apelación.
 - Si desea que un amigo, familiar u otra persona sea su representante, llame al Departamento de Servicios para Miembros y solicite el formulario *de Nombramiento de un representante*. (El formulario también está disponible en el sitio web de Medicare en www.cms.gov/Medicare/CMS-Formularios/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf o en nuestro sitio web en www.RiverSpringHealthPlans.org.) El formulario le da a la persona el permiso para actuar en su nombre. Deben firmarlo usted y la persona que usted desee que actúe en su nombre. Usted debe darnos una copia del formulario firmado.
 - Aunque podemos aceptar una solicitud de apelación sin el formulario, no podemos comenzar o finalizar nuestra revisión hasta no recibirlo. Si no recibimos el formulario dentro de los 44 días calendario posteriores a la recepción de su solicitud de apelación (nuestra fecha límite para tomar la decisión sobre su apelación), se descartará su solicitud de apelación. Si esto ocurre, le enviaremos un aviso por escrito donde se explicará su derecho a pedir a la organización de revisión independiente que revise nuestra decisión de rechazar su apelación.
- **También tiene derecho a contratar un abogado.** Puede comunicarse con su propio abogado, o bien averiguar el nombre de un abogado de su colegio local de abogados u otro servicio de referidos. También hay grupos que le brindarán servicios legales gratis si usted cumple con los requisitos. No obstante, **no está obligado a contratar a un abogado** para pedir una decisión de cobertura o para apelar una decisión.

Sección 4.3	¿Qué sección de este capítulo brinda detalles para su situación?
--------------------	---

Hay cuatro situaciones que involucran decisiones de cobertura y apelaciones. Ya que cada situación tiene normas y fechas límite diferentes, brindamos los detalles de cada una en otra sección:

- **Sección 5** de este capítulo: “Su atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación”.
- **Sección 6** de este capítulo: “Sus medicamentos con receta de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación”.
- **Sección 7** de este capítulo: “Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada para un paciente internado si usted considera que el médico le está dando el alta demasiado pronto”.
- **Sección 8** de este capítulo: “Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos si usted considera que su cobertura finalizará demasiado pronto” (*Se aplica solo a estos servicios: atención médica a domicilio, atención en un centro de enfermería especializada y servicios de un Centro de Rehabilitación Integral para Pacientes Ambulatorios [CORF]*).

Capítulo 9 Qué hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

Si no está seguro de qué sección debe utilizar, llame al Departamento de Servicios para Miembros. También puede obtener ayuda o información de organizaciones gubernamentales como su SHIP.

SECCIÓN 5 Su atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación de una decisión de cobertura

Sección 5.1	Esta sección le dice qué debe hacer si tiene problemas para obtener cobertura de su atención médica o si desea que nosotros le reintegremos nuestra parte del costo de su atención
--------------------	---

Esta sección trata sobre sus beneficios de servicios y atención médica. Estos beneficios se describen en el Capítulo 4 de este manual: *Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted debe pagar)*. En algunos casos, se aplican normas diferentes a una solicitud de medicamento con receta de la Parte B. En esos casos, explicaremos cómo las normas para los medicamentos con receta de la Parte B son diferentes de las normas para productos y servicios médicos.

Esta sección le dice qué puede hacer si se encuentra en alguna de las siguientes cinco situaciones:

1. No está recibiendo la atención médica que desea y cree que está cubierta por nuestro plan. **Solicitar una decisión de cobertura. Sección 5.2**
2. Nuestro plan no aprueba la atención médica que su médico u otro proveedor médico desee darle, y usted cree que esta atención está cubierta por el plan. **Solicitar una decisión de cobertura. Sección 5.2**
3. Ha recibido atención médica que cree que debe cubrir el plan, pero hemos dicho que no pagaremos esta atención. **Presentar una apelación. Sección 5.3**
4. Recibió y pagó atención médica que considera que el plan debe cubrir, y desea pedirle a nuestro plan que le reembolse esta atención. **Envíenos la factura. Sección 5.5**
5. Le dicen que la cobertura para cierta atención médica que ha recibido y previamente estaba aprobada se reducirá o interrumpirá, y usted cree que reducir o interrumpir la atención puede ser perjudicial para su salud. **Presentar una apelación. Sección 5.3**

Nota: Si la cobertura que se suspenderá es para atención hospitalaria, atención médica a domicilio, atención en un centro de atención de enfermería especializada o servicios de un centro de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF) , debe leer las secciones 7 y 8 de este capítulo. Se aplican normas especiales a estos tipos de atención.

Capítulo 9 Qué hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

Sección 5.2 Paso a paso: Cómo solicitar una decisión de cobertura

Términos legales

Cuando una decisión de cobertura implica su atención médica, se denomina **determinación de la organización**.

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

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

Por lo general, una decisión estándar de cobertura se toma dentro de los 14 días o 72 horas para los medicamentos de la Parte B. Una decisión rápida de cobertura generalmente se toma dentro de las 72 horas para servicios médicos o de 24 horas para los medicamentos de la Parte B. Para obtener una decisión rápida de cobertura, debe cumplir dos requisitos:

- *Sólo podrá solicitar* cobertura para productos y/o servicios médicos (no solicitudes de pago por productos y/o servicios ya recibidos).
- Puede obtener una decisión rápida de cobertura *sólo* si utilizar los plazos estándar podría *causar daños graves a su salud o dañar su capacidad de funcionar con normalidad*.
- **Si su médico nos informa que su salud exige una decisión rápida de cobertura automáticamente aceptaremos proporcionarle una decisión rápida de cobertura.**
- **Si solicita una decisión rápida de cobertura por su cuenta (sin el apoyo de su médico), decidiremos si su salud exige que le comuniquemos una decisión rápida de cobertura.** Si no aprobamos una decisión rápida de cobertura, le enviaremos una carta que:
 - explique que utilizaremos las fechas límite estándar;
 - explique que si su médico solicita la decisión de cobertura rápida, automáticamente le daremos una decisión de cobertura rápida;
 - Explique que puede presentar un reclamo rápido sobre nuestra decisión de brindarle una decisión estándar de cobertura en lugar de la decisión rápida de cobertura que solicitó.

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

- Primero llame, escriba o envíe un fax a nuestro plan para solicitarnos que autoricemos o brindemos cobertura para la atención médica que desea. Usted, su representante o su médico pueden hacerlo. El capítulo 2 tiene información de contacto.

Capítulo 9 Qué hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

Paso 3: Consideramos su solicitud de cobertura de atención médica y le comunicamos una respuesta.

Para decisiones estándar de cobertura utilizamos las fechas límite estándar.

Esto significa que le daremos una respuesta dentro de un plazo de 14 días calendario después de haber recibido su solicitud **de un producto o servicio médico**. Si su solicitud es para un **medicamento con receta de la Parte B de Medicare**, le contestaremos **dentro de 72 horas** después de que hayamos recibido su solicitud.

- **No obstante**, si pide más tiempo, o si necesitamos más información que pueda beneficiarlo, **podemos tardar hasta 14 días más** si su solicitud es para un producto o servicio médico. Si nos tomamos unos días adicionales, le informaremos por escrito. No podemos tardar más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.
- Si cree que *no* debemos tardar días adicionales, puede presentar un reclamo rápido. Le daremos respuesta a su reclamo tan pronto como tomemos la decisión. (El proceso para presentar un reclamo es diferente del proceso para decisiones de cobertura y apelaciones. Consulte la Sección 10 de este capítulo para obtener información sobre reclamos).

Para decisiones rápidas de cobertura utilizamos un plazo acelerado

Una decisión rápida de cobertura significa que contestaremos dentro de las 72 horas si su solicitud es para un producto o servicio médico. Si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare, contestaremos dentro de 24 horas.

- **No obstante**, si pide más tiempo, o si necesitamos más información que pueda beneficiarlo, **podemos tardar hasta 14 días más**. Si nos tomamos unos días adicionales, le informaremos por escrito. No podemos tardar más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.
- Si cree que *no* debemos tardar días adicionales, puede presentar un reclamo rápido. (Consulte la Sección 10 de este capítulo para obtener información sobre reclamos). Lo llamaremos en cuanto tomemos la decisión.
- **Si no aceptamos cubrir una parte o el total de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito en la que se explicará por qué rechazamos la solicitud.

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

- Si la rechazamos, tiene derecho a pedirnos que reconsideremos esta decisión, mediante una apelación. Esto significa solicitar nuevamente obtener la cobertura de atención médica que desea. Si presenta una apelación, significa que su apelación se remitirá al Nivel 1 del proceso de apelaciones.

Capítulo 9 Qué hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)**Sección 5.3 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1****Términos legales**

Una apelación al plan por una decisión de cobertura de atención médica se denomina **reconsideración** del plan.

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

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

Por lo general, una apelación estándar generalmente se presenta dentro de los 30 días o 7 días para los medicamentos de la Parte B. Una apelación rápida generalmente se presenta dentro de las 72 horas.

- Si apela una decisión que tomamos sobre la cobertura de atención que aún no recibió, usted o su médico deben decidir si necesita una apelación rápida. Si su médico nos informa que su salud requiere de una “apelación rápida”, le daremos una apelación rápida.
- Los requisitos para obtener una apelación rápida son los mismos que los que se necesitan para obtener una decisión rápida de cobertura que se mencionan en la Sección 5.2 de este capítulo.

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

- **Si solicita una apelación estándar, presente su apelación estándar por escrito.** También puede solicitar una apelación llamándonos. El capítulo 2 tiene información de contacto.
- **Si solicita una apelación rápida, realice su apelación por escrito o llámenos.** El capítulo 2 tiene información de contacto.
- **Tiene que presentar su solicitud de apelación dentro de los 60 días calendario** después de la fecha del aviso escrito que le enviamos para informarle nuestra respuesta sobre la decisión de cobertura. Si no cumple esta fecha límite y tiene un buen motivo, explique el motivo por el cual su apelación se retrasa cuando presente su apelación. Podemos darle más tiempo para presentar su apelación. Los ejemplos de buen motivo pueden incluir si tuvo una enfermedad grave que le impidió comunicarse con nosotros o si le brindamos información incompleta o incorrecta sobre la fecha límite para solicitar una apelación.
- **Puede solicitar una copia de la información sobre su decisión médica. Usted y su médico pueden agregar más información para respaldar su apelación.**

Paso 3: Consideramos su apelación y le comunicamos una respuesta.

- Cuando nuestro plan revisa su apelación, revisamos cuidadosamente toda la información. Verificamos si seguimos todas las normas cuando rechazamos su solicitud.
- Recopilaremos más información si es necesario, posiblemente comunicándonos con usted o su médico.

Capítulo 9 Qué hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

Fechas límite para una apelación rápida

- Para apelaciones rápidas, tenemos que comunicarle nuestra respuesta **dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de su apelación**. Le comunicaremos la respuesta antes de ese plazo si su salud exigiera que lo hagamos.
 - No obstante, si pide más tiempo, o si necesitamos más información que pueda beneficiarlo, **podemos tardar hasta 14 días calendario más** si su solicitud es para un producto o servicio médico. Si nos tomamos unos días adicionales, le informaremos por escrito. No podemos tardar más tiempo si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.
 - Si no le comunicamos una respuesta dentro de las 72 horas (o al final del plazo extendido, si nos tomamos días adicionales), debemos remitir su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación, en forma automática, donde será revisada por una organización de revisión independiente. La Sección 5.4 explica el proceso de apelación de Nivel 2.
- **Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, tenemos que autorizar o prestar la cobertura que hemos acordado prestar dentro de las 72 horas después de recibida su apelación.
- **Si rechazamos la totalidad o parte de su solicitud**, enviaremos su apelación por escrito y automáticamente 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.

Fechas límite para una apelación estándar

- Para apelaciones estándar, debemos responderle **dentro de los 30 días calendario** posteriores a la recepción de su solicitud. Si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare que todavía no ha recibido, le contestaremos **dentro de 7 días calendario** después de que hayamos recibido su apelación. Le comunicaremos nuestra decisión antes de ese plazo si su afección exigiera que lo hagamos.
 - No obstante, si pide más tiempo, o si necesitamos más información que pueda beneficiarlo, **podemos tardar hasta 14 días calendario más** si su solicitud es para un producto o servicio médico. Si nos tomamos unos días adicionales, le informaremos por escrito. No podemos tardar más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.
 - Si cree que *no* debemos tardar días adicionales, puede presentar un reclamo rápido. Cuando presente un reclamo rápido, le daremos una respuesta a esta dentro de las 24 horas. (Consulte la Sección 10 de este capítulo para obtener información sobre reclamos).
 - 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 aceptamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, tenemos que autorizar o prestar la cobertura dentro de los 30 días calendario si su solicitud es para un producto o servicio médico, o **dentro de los 7 días calendario** si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.
- **Si el plan rechaza la totalidad o parte de su apelación**, enviaremos su apelación automáticamente a la Organización de revisión independiente para una apelación de Nivel 2.

Capítulo 9 Qué hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

Sección 5.4 Paso a paso: Cómo se presenta una apelación de Nivel 2

Término legal

El nombre formal de la organización de revisión independiente es **Entidad de revisión independiente**.

A veces se denomina **IRE** (Independent Review Entity, en inglés).

La **organización de revisión independiente es una organización independiente que contrata Medicare**. No está relacionada con nosotros y no es un organismo gubernamental. Esta organización decide si la decisión que tomamos es correcta o si se debería cambiar. 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**. **Tiene derecho a pedirnos una copia de su expediente del caso**.
- Tiene derecho a darle información adicional a la organización de revisión independiente para fundamentar su apelación.
- Los revisores de la organización de revisión independiente analizarán cuidadosamente toda la información relacionada con su apelación.

Si tuvo una apelación rápida en el Nivel 1, también la tendrá en el Nivel 2.

- En el caso de una apelación rápida, la organización de revisión debe responderle a su apelación de Nivel 2 **dentro de las 72 horas** del momento en que recibe su apelación.
- No obstante, si su solicitud es para un producto o servicio médico y La Organización de revisión independiente necesita más información que pueda beneficiarlo, **puede tardar hasta 14 días calendario más**. La organización de revisión independiente no puede tardar más tiempo al tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.

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

- En el caso de una apelación estándar, si su solicitud es para un producto o servicio médico, la organización de revisión debe responderle a su apelación de Nivel 2 **dentro de los 30 días calendario** del momento en que recibe su apelación. Si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare, la organización de revisión debe responderle a su apelación de Nivel 2 **dentro de los 7 días calendario** del momento en que recibe su apelación.
- No obstante, si su solicitud es para un producto o servicio médico y la organización de revisión independiente necesita más información que pueda beneficiarlo, **puede tardar hasta 14 días calendario más**. La organización de revisión independiente no puede tardar más tiempo al tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.

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

La organización de revisión independiente le comunicará su decisión por escrito y le explicará los motivos en los que se basó.

Capítulo 9 Qué hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

- **Si la organización de revisión acepta una parte o la totalidad del producto o servicio médico que solicitó**, debemos autorizar la cobertura de atención médica dentro de las 72 horas o brindar el servicio dentro de los 14 días calendario posteriores a la recepción de la decisión de la organización de revisión en el caso de las solicitudes estándares. Para solicitudes aceleradas, tenemos 72 horas a partir de la fecha en que recibimos la decisión de la organización de revisión.
- **Si la organización de revisión acepta una parte o la totalidad de la solicitud para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare**, debemos autorizar o brindar el medicamento con receta de la Parte B dentro de las **72 horas** posteriores a la recepción de la decisión de la organización de revisión en el caso de las **solicitudes estándares**. Para **solicitudes aceleradas**, tenemos **24 horas** a partir de la fecha en que recibimos la decisión de la organización de revisión.
- **Si esta organización rechaza todo o parte de su apelación**, significa que están de acuerdo con nosotros en que su solicitud (o parte de ella) de cobertura de atención médica no debe aprobarse. (Esto es lo que se denomina **defender la decisión** o **rechazar su apelación**). En este caso, la organización de revisión independiente le enviará una carta:
 - Explicando su decisión;
 - notificarle sobre el derecho a una apelación de Nivel 3 si el valor en dólares de la cobertura de atención médica cumple con una cantidad mínima. 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 apelación;
 - indicarle cómo presentar una apelación de Nivel 3.

Paso 3: Si su caso cumple con los requisitos, usted decide si desea seguir con la apelación.

- Hay tres niveles adicionales en el proceso de apelación después del Nivel 2 (en total son cinco niveles de apelación). Si desea seguir hasta una apelación de Nivel 3, los detalles sobre cómo hacer esto se encuentran en el aviso escrito que recibe después de su apelación de Nivel 2.
- Un árbitro o un juez de derecho administrativo se ocupan de la apelación de Nivel 3. La Sección 9 de este capítulo explica los procesos de apelación de Nivel 3, 4 y 5.

Sección 5.5	¿Qué sucede si nos pide que le paguemos nuestra parte de una factura que recibió por atención médica?
--------------------	--

El Capítulo 7 describe cuándo deberá solicitar un reembolso o pago de una factura que recibió de un proveedor. También le informa cómo enviar la documentación que nos solicita el pago.

Solicitar un reembolso es pedirnos una decisión de cobertura

Si nos envía la documentación solicitando el reembolso, está solicitando una decisión de cobertura. Para tomar esta decisión, verificaremos si la atención médica que pagó está cubierto. También verificaremos si siguió todas las normas para usar su cobertura de atención médica.

Capítulo 9 Qué hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

- **Si aceptamos su petición:** Si la atención médica está cubierta y usted siguió todas las normas, le enviaremos el pago de nuestra parte del costo dentro de los 60 días calendario después de recibir su solicitud. O, si no pagó por la atención médica, le enviaremos el pago directamente al proveedor.
- **Si rechazamos su solicitud:** Si la atención médica *no está cubierta*, o si *no* siguió todas las normas, no enviaremos el pago. En cambio, le enviaremos una carta en la que se indique que no cubriremos la atención médica y se expliquen las razones.

Si no está de acuerdo con nuestra decisión de rechazo, **puede presentar una apelación**. Si presenta una apelación, significa que nos solicita modificar la decisión de cobertura que tomamos al rechazar su solicitud de pago.

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

- Tenemos que comunicarle nuestra respuesta dentro de los 60 días calendario posteriores a la recepción de su apelación. (Si nos solicita que le reintegremos el pago de atención médica que ya recibió y pagó, no tiene permitido solicitar una apelación rápida).
- Si la organización de revisión independiente decide que debemos realizar el pago, debemos enviarle el pago a usted o al proveedor dentro de los 30 días calendario. Si se acepta su apelación en cualquier etapa del proceso de apelación posterior al Nivel 2, debemos enviar el pago que solicitó, a usted o al proveedor, dentro de los 60 días calendario.

SECCIÓN 6 Sus medicamentos con receta de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación

<p>Sección 6.1</p>	<p>Esta sección le informa qué debe hacer si tiene problemas para adquirir un medicamento de la Parte D o si desea que le reintegremos el pago de un medicamento de la Parte D</p>
---------------------------	---

Sus beneficios incluyen cobertura para muchos medicamentos con receta. Para estar cubierto, su medicamento debe ser usado para una indicación médicamente aceptada. (Consulte el Capítulo 5 para obtener más información acerca de una indicación médicamente aceptada.) Para obtener detalles sobre los medicamentos, las normas, las restricciones y los costos de la Parte D, consulte los Capítulos 5 y 6. **Esta sección trata sobre sus medicamentos de la Parte D únicamente.** Para simplificar, en general decimos *medicamento* en el resto de esta sección, en lugar de repetir *medicamento con receta cubierto para pacientes externos* o *medicamento de la Parte D*. También utilizamos el término “Lista de medicamentos” en lugar de *Lista de medicamentos cubiertos* o *Formulario*.

- Si no sabe si un medicamento está cubierto o si cumple con las normas, puede consultarnos. Algunos medicamentos requieren que usted obtenga nuestra aprobación antes de que los cubramos.
- Si su farmacia le dice que no se puede surtir su medicamento con receta según lo indicado en la receta, la farmacia le proporcionará un aviso por escrito donde le explicarán cómo comunicarse con nosotros para solicitar una decisión de cobertura.

Capítulo 9 Qué hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

Decisiones de cobertura y apelaciones de la Parte D

Término legal
Una decisión de cobertura inicial sobre sus medicamentos de la Parte D se llama determinación de cobertura .

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

- Pedirnos que cubramos un medicamento de la Parte D que no aparece en la Lista de medicamentos cubiertos del plan. **Para pedir que hagan una excepción, consulte la Sección 6.2.**
- Pedirnos la exención de una restricción sobre la cobertura del plan para un medicamento (como los límites en la cantidad de medicamento que puede recibir). **Para pedir que hagan una excepción, consulte la Sección 6.2.**
- Solicitar la aprobación previa para un medicamento. **Para solicitar una decisión de cobertura, consulte la Sección 6.4.**
- Pedir que paguemos un medicamento con receta que ya compró. **Para pedirnos un reembolso, consulte la Sección 6.4.**

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

Esta sección le informa cómo pedir decisiones de cobertura y también cómo solicitar una apelación.

Sección 6.2 ¿Qué es una excepción?

Términos legales
Pedirnos cobertura de un medicamento que no aparece en la Lista de medicamentos a veces se denomina solicitar una excepción de formulario .
La solicitud de eliminación de una restricción sobre la cobertura para un medicamento también se denomina solicitud de una excepción de formulario .
La solicitud de pagar un precio más bajo por un medicamento no preferido cubierto a veces se llama una excepción de niveles .

Si un medicamento no está cubierto de la manera que usted desea, 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 otra persona que receta deberán explicar los motivos médicos por los cuales necesita que se le apruebe la excepción. A continuación, encontrará dos ejemplos de excepciones que usted o su médico, u otra persona que receta, pueden pedirnos:

Capítulo 9 Qué hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

1. **Cubrir un medicamento de la Parte D que no aparezca en nuestra "Lista de medicamentos"**. Si estamos de acuerdo en cubrir un medicamento que no aparece en la Lista de medicamentos, deberá pagar el monto del costo compartido que se aplique a todos nuestros medicamentos. No puede pedir una excepción a un monto de costo compartido que nosotros le exijamos pagar por el medicamento.
2. **Eliminar una restricción para un medicamento cubierto**. El Capítulo 5 describe las normas o restricciones adicionales que se aplican a determinados medicamentos en nuestra "Lista de medicamentos".

Sección 6.3 Aspectos importantes que debe conocer antes de solicitar excepciones

Su médico nos debe informar los motivos médicos

Su médico u otra persona que receta deben entregarnos una declaración que explique los motivos médicos por los que se solicita una excepción. Para agilizar la decisión, incluya esta información médica de su médico u otra persona que receta cuando solicite la excepción.

Normalmente, nuestra Lista de medicamentos incluye más de un medicamento para el tratamiento de una afección en particular. Estas diferentes posibilidades se denominan medicamentos **alternativos**. Si un medicamento alternativo fuera tan eficaz como el medicamento que solicita y no causara más efectos adversos u otros problemas médicos, generalmente *no* aprobaríamos la solicitud de excepción.

Podemos aprobar o rechazar su solicitud

- En caso de que aprobemos su solicitud de excepción, generalmente, nuestra aprobación es válida hasta el final del año del plan. Esto es válido siempre que su médico siga recetándole el medicamento y que ese medicamento continúe siendo seguro y eficaz para tratar su afección.
- Si rechazamos su solicitud, puede solicitar otra revisión presentando una apelación.

Sección 6.4 Paso a paso: Cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción

Término legal

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

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

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

Capítulo 9 Qué hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

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

- Debes estar solicitando un medicamento que aún no has recibido. (No puede solicitar una decisión rápida de cobertura para que se le devuelva el dinero de un medicamento que ya compró).
- El uso de los plazos estándares puede causar daños graves a su salud o dañar su capacidad de funcionar con normalidad.
- **Si su médico o la persona que receta nos informan que su salud exige una decisión rápida de cobertura, automáticamente le daremos una decisión rápida de cobertura.**
- **Si solicita una decisión rápida de cobertura por su cuenta sin el apoyo de su médico o la persona que receta, decidiremos si su salud exige que le comuniquemos una decisión rápida de cobertura.** Si no aprobamos una decisión rápida de cobertura, le enviaremos una carta que:
 - Explique que utilizaremos las fechas límite estándar;
 - explique que si su médico o la persona que receta solicitan la decisión rápida de cobertura, le comunicaremos automáticamente dicha decisión;
 - le informe cómo puede presentar un reclamo rápido sobre nuestra decisión de comunicarle una decisión estándar de cobertura en lugar de la decisión rápida de cobertura que solicitó. Responderemos a su reclamo dentro de las 24 horas siguientes a su recepción.

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

Primero llame, escriba o envíe un fax a nuestro plan para solicitarnos que autoricemos o brindemos cobertura para la atención médica que desea. También puede acceder al proceso de decisión de cobertura a través de nuestro sitio web. Tenemos que aceptar toda solicitud por escrito, incluida una solicitud presentada en el formulario *Modelo de solicitud de determinación de cobertura de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS)*, que está disponible en nuestro sitio web. El capítulo 2 tiene información de contacto. Para ayudarnos a procesar su solicitud, asegúrese de incluir su nombre, información de contacto e información que identifique qué reclamo denegado se está apelando.

Usted, o su médico (u otra persona que receta), o su representante pueden hacerlo. También puede contratar a un abogado para que actúe en su nombre. La Sección 4 de este capítulo le indica cómo puede dar un permiso por escrito a otra persona para que actúe como su representante.

- **Si solicita una excepción, proporcione la declaración de respaldo** que indique las razones médicas de la excepción. Su médico u otra persona que receta pueden enviarnos dicha declaración por fax o correo postal. O bien su médico u otra persona que receta pueden informarnos acerca de dichos motivos por teléfono y posteriormente enviarnos una declaración por escrito por fax o correo en caso de que sea necesario.

Capítulo 9 Qué hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

Paso 3: Consideramos su solicitud y le comunicamos una respuesta.

Fechas límite para una decisión rápida de cobertura

- Generalmente, tenemos que comunicarle nuestra respuesta **dentro de las 24 horas** posteriores a la recepción de su solicitud.
 - Para excepciones, le contestaremos dentro de las 24 horas posteriores a la recepción de la declaración de respaldo de su médico. Le comunicaremos la respuesta antes de ese plazo si su salud exigiera que lo hagamos.
 - Si no cumplimos con esta fecha límite, tenemos la obligación de remitir su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación, donde la revisará una organización de revisión independiente.
- **Si aceptamos cubrir una parte o el total de lo que solicitó**, tenemos que prestar la cobertura que hemos acordado prestar dentro de las 24 horas posteriores a la recepción de su solicitud o de la declaración del médico que respalde su solicitud.
- **Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito en la que se le explicará por qué rechazamos la solicitud. También le informaremos cómo puede apelar.

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

- Generalmente, tenemos que comunicarle nuestra respuesta **dentro de las 72 horas** posteriores a la recepción de su solicitud.
 - Para excepciones, le contestaremos dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de la declaración de respaldo de su médico. Le comunicaremos la respuesta antes de ese plazo si su salud exigiera que lo hagamos.
 - Si no cumplimos con esta fecha límite, tenemos la obligación de remitir su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación, donde la revisará una organización de revisión independiente.
- **Si aceptamos cubrir una parte o el total de lo que solicitó**, tenemos que **prestar la cobertura** que hemos acordado prestar **dentro de las 72 horas posteriores** a la recepción de su solicitud o de la declaración del médico que respalde su solicitud.
- **Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito en la que se le explicará por qué rechazamos la solicitud. También le informaremos cómo puede apelar.

Fechas límite para una decisión estándar de cobertura respecto de un medicamento que usted ya compró

- Tenemos que comunicarle nuestra respuesta **dentro de los 14 días calendario** posteriores a la recepción de su solicitud.
 - Si no cumplimos con esta fecha límite, tenemos la obligación de remitir su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación, donde la revisará una organización de revisión independiente.

Capítulo 9 Qué hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

- **Si aceptamos cubrir una parte o la totalidad de lo que solicitó**, también debemos efectuarle el pago dentro de los 14 días calendario posteriores a la recepción de su solicitud.
- **Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito en la que se le explicará por qué rechazamos la solicitud. También le informaremos cómo puede apelar.

Paso 4: Si rechazamos su solicitud de cobertura, puede presentar una apelación.

- Si la rechazamos, tiene derecho a pedirnos que reconsideremos esta decisión, mediante una apelación. Esto significa solicitar nuevamente obtener la cobertura de medicamentos que desea. Si presenta una apelación, significa que su apelación se remitirá al Nivel 1 del proceso de apelaciones.

Sección 6.5 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1

Términos legales

Una apelación presentada al plan sobre una decisión de cobertura de medicamentos de la Parte D se denomina **redeterminación** del plan.

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

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

Una apelación estándar generalmente se presenta dentro de los 7 días. Una apelación rápida generalmente se presenta dentro de las 72 horas. Si su salud lo requiere, solicite una apelación rápida.

- Si apela una decisión que tomamos sobre un medicamento que aún no recibió, usted y su médico o la persona que receta deben decidir si necesita una apelación rápida.
- Los requisitos para obtener una apelación rápida son los mismos que los que se necesitan para obtener una decisión rápida de cobertura que se mencionan en la Sección 6.4 de este capítulo.

Paso 2: Usted, su representante, médico u otra persona que receta debe comunicarse con nosotros y presentar su apelación de Nivel 1. Si su salud requiere de respuesta rápida, tiene que pedir una **apelación rápida**.

- **Para apelaciones estándar, envíe una solicitud por escrito.** El capítulo 2 tiene información de contacto.
- **Para apelaciones rápidas, envíe su apelación por escrito o llámenos al 1-800-580-7000.** El capítulo 2 tiene información de contacto.
- **Tenemos que aceptar toda solicitud por escrito**, incluida una solicitud presentada en el formulario *Modelo de solicitud de determinación de cobertura de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS)*, que está disponible en nuestro sitio web. Asegúrese de incluir su nombre, información de contacto e información relacionada con el reclamo denegado para ayudarnos a procesar su solicitud.

Capítulo 9 Qué hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

- **Tiene que presentar su solicitud de apelación dentro de los 60 días calendario** después de la fecha del aviso escrito que le enviamos para informarle nuestra respuesta sobre la decisión de cobertura. Si no cumple esta fecha límite y tiene un buen motivo, explique el motivo por el cual su apelación se retrasa cuando presente su apelación. Podemos darle más tiempo para presentar su apelación. Los ejemplos de buen motivo pueden incluir si tuvo una enfermedad grave que le impidió comunicarse con nosotros o si le brindamos información incompleta o incorrecta sobre la fecha límite para solicitar una apelación.
- **Puede solicitar una copia de la información incluida en su apelación y agregar más información.** Usted y su médico pueden agregar más información para respaldar su apelación. Tenemos permitido cobrarle un cargo por la copia y el envío de esta información.

Paso 3: Consideramos su apelación y le comunicamos una respuesta.

- Cuando revisamos su apelación, repasamos cuidadosamente toda la información acerca de su solicitud de cobertura. Verificamos si seguimos todas las normas cuando rechazamos su solicitud. Es posible que nos comuniquemos con usted, su médico o persona que receta para obtener más información.

Fechas límite para una apelación rápida

- Para apelaciones rápidas, tenemos que comunicarle nuestra respuesta **dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de su apelación.** Le comunicaremos la respuesta antes de ese plazo si su salud exigiera que lo hagamos.
 - Si no le comunicamos una respuesta dentro de las 72 horas, debemos remitir su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación, donde será revisada por una organización de revisión independiente. La Sección 6.6 explica el proceso de apelación de Nivel 2.
- **Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que solicitó,** tenemos que prestar la cobertura que hemos acordado prestar dentro de las 72 horas después de recibida su apelación.
- **Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó,** le enviaremos una declaración por escrito en la que se le explicará por qué rechazamos la solicitud y cómo puede apelar nuestra decisión.

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

- Para apelaciones estándar, debemos responderle **dentro de los 7 días calendario** posteriores a la recepción de su solicitud. Le comunicaremos nuestra decisión antes en caso de que aún no haya recibido el medicamento y su afección exigiera que lo hagamos.
 - Si no le comunicamos una respuesta dentro de los 7 días calendario, debemos remitir su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación; en ese caso, una organización de revisión independiente se encargará de revisar su solicitud. La Sección 6.6 explica el proceso de apelación de Nivel 2.
- **Si aceptamos a una parte o la totalidad de lo que solicitó,** debemos brindarle la cobertura tan rápido como su salud lo requiera, pero a más tardar **7 días calendario** después de recibir su apelación.

Capítulo 9 Qué hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

- Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó, le enviaremos una declaración por escrito en la que se le explicará por qué rechazamos la solicitud y cómo puede apelar nuestra decisión.

Fechas límite para una apelación estándar respecto de un medicamento que usted ya compró

- Tenemos que comunicarle nuestra respuesta **dentro de los 14 días calendario** posteriores a la recepción de su solicitud.
 - Si no cumplimos con esta fecha límite, tenemos la obligación de remitir su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación, donde la revisará una organización de revisión independiente.
- Si aceptamos cubrir una parte o la totalidad de lo que solicitó, también debemos efectuarle el pago dentro de los **30 días calendario** posteriores a la recepción de su solicitud.
- Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó, le enviaremos una declaración por escrito en la que se le explicará por qué rechazamos la solicitud. También le informaremos cómo puede apelar.

Paso 4: Si rechazamos su apelación, usted decide si desea continuar con el proceso de apelación y presentar otra apelación.

- Si decide presentar otra apelación, significa que su apelación se remitirá al Nivel 2 del proceso de apelación.

Sección 6.6

Paso a paso: 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 denomina **IRE** (Independent Review Entity, en inglés).

La **organización de revisión independiente es una organización independiente que contrata Medicare**. No está relacionada con nosotros y no es un organismo gubernamental. Esta organización decide si la decisión que tomamos es correcta o si se debería cambiar. Medicare supervisa su trabajo.

Paso 1: Usted (su representante, médico o la persona que receta) tiene que comunicarse con la organización de revisión independiente y solicitarle la revisión de su caso.

- Si rechazamos 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 le indicarán quién puede presentar esta apelación de Nivel 2, qué fechas límite debe seguir y cómo comunicarse con la organización de revisión. Sin embargo, si no completamos nuestra revisión dentro del plazo aplicable o tomamos una decisión desfavorable con respecto a la **determinación en riesgo** según nuestro programa de administración de medicamentos, enviaremos automáticamente su reclamo a la IRE.

Capítulo 9 Qué hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

- Enviaremos la información sobre su apelación a esta organización. Esta información se denomina su **expediente del caso**. **Tiene derecho a pedirnos una copia de su expediente del caso**. Tenemos permitido cobrarle un cargo por la copia y el envío de esta información.
- Tiene derecho a darle información adicional a la organización de revisión independiente para fundamentar su apelación.

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

Los revisores de la organización de revisión independiente analizarán cuidadosamente toda la información relacionada con su apelación.

Fechas límite para una apelación rápida

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

Fechas límite para una apelación estándar

- Para apelaciones estándar, la organización de revisión debe comunicarle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **dentro de los 7 días calendario** posteriores a la recepción de su apelación si se trata de un medicamento que aún no recibió. Si solicita que le reembolsemos un medicamento que ya tieneSi nos pide que le reembolsemos el monto de un medicamento que ya compró, la organización de revisión debe responderle a su apelación de Nivel 2 **dentro de los 14 días calendario** después de recibir su solicitud.

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

Para apelaciones rápidas:

- **Si la organización de revisión independiente acepta una parte o la totalidad de lo que solicitó**, debemos prestar la cobertura de medicamentos que aprobó la organización de revisión **dentro de las 24 horas** posteriores a la recepción de la decisión de la organización de revisión.

Para apelaciones estándar:

- **Si la organización de revisión independiente acepta una parte o la totalidad de su solicitud de cobertura**, debemos **prestar la cobertura de medicamentos** que aprobó la organización de revisión **dentro de las 72 horas** posteriores a la recepción de la decisión de la organización de revisión.
- **Si la organización de revisión independiente acepta una parte o la totalidad de su solicitud de reembolso del costo** de un medicamento que ya compró, estamos obligados a **enviarle el pago en un plazo de 30 días calendario** después de recibida la decisión de la organización de revisión.

Capítulo 9 Qué hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

¿Qué sucede si la organización de revisión rechaza su apelación?

Si esta organización rechaza **toda o parte** de su apelación, significa que está de acuerdo con nuestra decisión de no aprobar su solicitud (o parte de ella). (Esto se llama **defender la decisión**. También se denomina **rechazar su apelación**.) En este caso, la organización de revisión independiente le enviará una carta:

- Explicando su decisión;
- Informándole sobre su derecho a una apelación de Nivel 3 si el valor en dólares de la cobertura de medicamentos que solicita cumple con un mínimo determinado. Si el valor en dólares de la cobertura de medicamentos que solicita es demasiado bajo, no puede presentar otra apelación y la decisión en el Nivel 2 es definitiva.
- Indicándole el valor en dólares que debe estar en disputa para continuar con el proceso de apelación.

Paso 4: Si su caso cumple con los requisitos, usted decide si desea seguir con la apelación.

- Hay tres niveles adicionales en el proceso de apelación después del Nivel 2 (en total son cinco niveles de apelación).
- Los detalles sobre cómo hacer una apelación Nivel 3 se encuentran en el aviso escrito que recibe después de la decisión de su apelación de Nivel 2.
- Un árbitro o un juez de derecho administrativo se ocupan de la apelación de Nivel 3. La Sección 9 de este capítulo brinda más información sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelación.

SECCIÓN 7 Cómo solicitarnos la cobertura de una atención hospitalaria para pacientes internados más prolongada si usted considera que le están dando el alta demasiado pronto

Cuando es internado, tiene derecho a obtener todos los servicios hospitalarios cubiertos que sean necesarios para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión.

Durante su hospitalización cubierta, su médico y el personal del hospital colaborarán con usted en la preparación para el día en que reciba su alta. Lo ayudarán a coordinar la atención que pueda necesitar después del alta.

- El día en que sale del hospital se denomina **fecha del alta**.
- Cuando se determine la fecha de su alta, su médico o el personal del hospital se lo informará.
- Si considera que le piden que deje el hospital demasiado pronto, puede solicitar una hospitalización más prolongada y se considerará su solicitud.

Capítulo 9 Qué hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)**Sección 7.1 Durante su hospitalización, recibirá un aviso por escrito de Medicare que le informará sus derechos**

Dentro de los dos días posteriores a su ingreso en el hospital, recibirá un aviso por escrito llamado *Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos*. A todas las personas con Medicare se les entrega una copia de este aviso. Si no recibe el aviso de alguien en el hospital (por ejemplo, un trabajador social o una enfermera), pídselo a cualquier empleado del hospital. Si necesita ayuda, llame al Departamento de Servicios para Miembros (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana (TTY 1-877-486-2048).

- 1. Lea este aviso detenidamente y consulte en caso de no entenderlo.** En él, encontrará la siguiente información:
 - Su derecho a recibir servicios cubiertos por Medicare durante y después de su hospitalización, según lo solicite su médico. Esto incluye el derecho a saber cuáles son esos servicios, quién pagará por ellos y dónde puede obtenerlos.
 - Su derecho a participar de todas las decisiones sobre su hospitalización.
 - Dónde informar cualquier inquietud que tenga sobre la calidad de su atención hospitalaria.
 - Su derecho a **solicitar una revisión inmediata** de la decisión de darle el alta si cree que está siendo dado de alta del hospital demasiado pronto. Esto es una manera formal y legítima de pedir una postergación en su fecha de alta para que podamos cubrir su atención hospitalaria durante un período más prolongado.
- 2. Se le pedirá que firme el aviso por escrito para demostrar que lo recibió y que entiende sus derechos.**
 - Se le pedirá a usted o una persona que lo represente que firme el aviso.
 - Firmar este aviso solamente demuestra que ha recibido la información sobre sus derechos. El aviso no indica su fecha de alta. Firmar el aviso **no significa** que esté de acuerdo con la fecha de alta.
- 3. Conserve una copia** del aviso a su alcance para poder tener la información sobre cómo presentar una apelación (o informar una inquietud acerca de la calidad de atención) a su alcance en caso de que la necesite.
 - Si firma el aviso con más de dos días de anticipación de la fecha de su alta, recibirá otra copia antes de la fecha programada de su alta.
 - Para ver una copia de este aviso por adelantado, puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros o 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. También puede ver el aviso en línea en www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.

Capítulo 9 Qué hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)**Sección 7.2 Paso a paso: Cómo presentar una Apelación de nivel 1 para cambiar su fecha de alta hospitalaria**

Si desea solicitar que cubramos sus servicios como paciente internado durante un período más prolongado, deberá usar el proceso de apelación para presentar esta solicitud. Antes de comenzar, debe entender lo que debe hacer y cuáles son las fechas límite.

- **Siga el proceso.**
- **Cumpla con los plazos.**
- **Solicite ayuda si la necesita.** Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda en cualquier momento, llame al Departamento de Servicios para Miembros. O bien, llame a su Programa estatal de asistencia en seguros de salud, una organización gubernamental que brinda asistencia personalizada.

Durante una apelación de Nivel 1, la Organización para la mejora de la calidad revisa su apelación. Comprueba si su fecha prevista del alta es médicamente adecuada para usted.

La **Organización para la mejora de la calidad** es un grupo de médicos y otros profesionales de salud pagados por el gobierno federal para verificar y ayudar a mejorar la calidad de la atención para las personas con Medicare. Esto incluye la revisión de las fechas de alta del hospital correspondientes a las personas que están inscritas en Medicare. Estos expertos no son parte de nuestro plan.

Paso 1: Comuníquese con la Organización para la Mejora de la Calidad correspondiente a su estado y solicite una revisión inmediata de su alta del hospital. Tiene que actuar rápidamente.

¿Cómo puede comunicarse con esta organización?

- En el aviso por escrito que recibió (Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos) se le explica cómo comunicarse con esta organización. O bien, busque el nombre, la dirección y el número de teléfono de la Organización para la mejora de la calidad correspondiente a su estado en el Capítulo 2.

Actúe de inmediato:

- Para presentar su apelación, tiene que comunicarse con la Organización para la mejora de la calidad antes de dejar el hospital y debe hacerlo **antes de la medianoche del día de su alta.**
 - **Si usted cumple con esta fecha límite,** usted puede permanecer en el hospital después de su fecha del alta sin que deba pagar por ello mientras espera la decisión por parte de la Organización para la mejora de la calidad.
 - **Si no cumple con esta fecha límite** y decide permanecer en el hospital después de su fecha prevista del alta, es posible que deba pagar todos los costos de la atención hospitalaria que reciba después de su fecha prevista de alta.

Capítulo 9 Qué hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

- Si no cumple una fecha límite para comunicarse con la Organización para la mejora de la calidad y todavía desea apelar, debe presentar la apelación directamente ante nuestro plan. Para obtener más información sobre esta otra manera de presentar su apelación, consulte la Sección 7.4.

Una vez que solicite una revisión inmediata de su alta hospitalaria, la Organización para la mejora de la calidad se comunicará con nosotros. Al mediodía del día siguiente al contacto con nosotros, le entregaremos un **Aviso detallado de alta**. Este aviso le informa su fecha prevista de alta y explica en detalle los motivos por los cuales su médico, el hospital y nosotros consideramos que es correcto (médicamente adecuado) darle el alta en esa fecha.

Puede obtener una muestra del **Aviso detallado de alta** llamando al Departamento de Servicios para Miembros o 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). O bien, puede ver una muestra del aviso en línea en www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.

Paso 2: La Organización para la mejora de la calidad efectúa una revisión independiente de su caso.

- Los profesionales de la salud en la Organización para la mejora de la calidad (los *revisores*) le preguntarán a usted, o a su representante, por qué considera que debe continuar la cobertura de los servicios. No es necesario que prepare nada por escrito, pero puede hacerlo si lo desea.
- Los revisores también analizarán su información médica, hablarán con su médico, y revisarán la información que el hospital y nosotros les hayamos entregado.
- Al mediodía del día siguiente a que los revisores nos informaron sobre su apelación, recibirá un aviso por escrito de nuestra parte que le indicará la fecha prevista de alta. Este aviso también explica en detalle los motivos por los cuales su médico, el hospital y nosotros consideramos que es correcto (médicamente adecuado) darle el alta en esa fecha.

Paso 3: Dentro del día completo posterior al día en que tenga toda la información necesaria, la Organización para la mejora de la calidad le dará su respuesta a su apelación.

¿Qué sucede si la respuesta es afirmativa?

- Si la organización de revisión lo *acepta*, **debemos seguir proporcionando sus servicios hospitalarios cubiertos para pacientes internados mientras estos servicios sean médicamente necesarios.**
- Tendrá que seguir pagando su parte de los costos (como deducibles o copagos, si corresponde). Además, puede haber limitaciones sobre sus servicios hospitalarios cubiertos.

Capítulo 9 Qué hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

¿Qué sucede si la respuesta es negativa?

- Si la organización de revisión lo rechaza, significa que, para ellos, su fecha prevista de alta es médicamente adecuada. Si sucede esto, **nuestra cobertura de sus servicios hospitalarios para pacientes internados finalizará** al mediodía del día *posterior* al día en que la Organización para la mejora de la calidad responda a su apelación.
- Si la organización de revisión rechaza su apelación y usted decide permanecer en el hospital, **es posible que deba pagar el costo total** de la atención hospitalaria que reciba después del mediodía del día posterior al día en que la Organización para la mejora de la calidad responda a su apelación.

Paso 4: Si la respuesta a su apelación de Nivel 1 es negativa, usted decide si desea presentar otra apelación.

- Si la Organización para la mejora de la calidad rechazó su apelación, y permanece en el hospital después de su fecha prevista de alta, puede presentar otra apelación. Presentar otra apelación significa que usted va a pasar al **Nivel 2** del proceso de apelación.

Sección 7.3	Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para cambiar su fecha de alta hospitalaria
--------------------	--

Durante la apelación de Nivel 2, usted pide a la Organización para la mejora de la calidad que analice nuevamente la decisión que tomaron sobre su primera apelación. Si la Organización para la mejora de la calidad rechaza su apelación de Nivel 2, es posible que tenga que pagar la totalidad del costo de su internación después de la fecha prevista de alta.

Paso 1: Usted se comunica nuevamente con la Organización para la mejora de la calidad y pide otra revisión.

- Debe solicitar esta revisión **dentro de los 60 días calendario** posteriores al día en que la Organización para la mejora de la calidad rechace su apelación de Nivel 1. Puede solicitar esta revisión solo si permanece en el hospital después de la fecha en que finalizó la cobertura de su atención.

Paso 2: La Organización para la mejora de la calidad realiza una segunda revisión de su situación.

- Los revisores de la Organización para la mejora de la calidad volverán a observar cuidadosamente toda la información en relación con su apelación.

Paso 3: Dentro de los 14 días calendario de la recepción de su solicitud de una apelación de Nivel 2, los revisores decidirán sobre su apelación y le informarán la decisión.

Si la organización de revisión la acepta:

- **Tenemos que reembolsarle** nuestra parte del costo de la atención hospitalaria que ha recibido desde el mediodía del día posterior al día del rechazo de su primera apelación por parte de la Organización para la mejora de la calidad. **Debemos seguir brindando cobertura de su atención hospitalaria para pacientes internados durante el tiempo que sea médicamente necesario.**

Capítulo 9 Qué hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

- Debe continuar pagando su parte de los costos y pueden aplicarse limitaciones a la cobertura.

Si la organización de revisión la rechaza:

- Esto significa que están de acuerdo con la decisión tomada en su apelación de Nivel 1 y no la modificarán. Esto se llama defender la decisión.
- El aviso que reciba le informará por escrito lo que puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión.

Paso 4: En caso de rechazo, deberá decidir si desea proseguir con su apelación mediante el paso al Nivel 3.

- Hay tres niveles adicionales en el proceso de apelación después del Nivel 2 (en total son cinco niveles de apelación). Si desea seguir hasta una apelación de Nivel 3, los detalles sobre cómo hacer esto se encuentran en el aviso escrito que recibe después de la decisión sobre su apelación de Nivel 2.
- Un árbitro o un juez de derecho administrativo se ocupan de la apelación de Nivel 3. La Sección 9 de este capítulo brinda más información sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelación.

<p>Sección 7.4 ¿Qué sucede si no cumple la fecha límite para presentar su apelación de Nivel 1 para cambiar la fecha de su alta hospitalaria?</p>
--

<p>Término legal</p>

<p>Una revisión rápida (o apelación rápida) también se llama apelación acelerada.</p>
--

Puede apelar ante nosotros también

Como se explicó anteriormente, debe actuar rápidamente para iniciar su apelación de Nivel 1 de su fecha de alta hospitalaria. Si no cumple con la fecha límite para comunicarse con la Organización para la mejora de la calidad, hay otra manera de presentar su apelación.

Si utiliza esta otra manera de presentar su apelación, *los primeros dos niveles de apelación son diferentes*.

Paso a paso: Cómo presentar una apelación *Alternativa*

de Nivel 1 Paso 1: Comuníquese con nosotros y solicite

una revisión rápida.

- **Solicite una revisión rápida.** Esto significa que usted nos pide que le respondamos con fechas límite rápidas en lugar de estándares. El capítulo 2 tiene información de contacto.

Capítulo 9 Qué hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

Paso 2: Realizamos una revisión rápida de su fecha prevista de alta para verificar si fue médicamente adecuada.

- Durante esta revisión, observamos toda la información sobre su hospitalización. Comprobamos si su fecha prevista del alta fue médicamente adecuada para usted. Verificamos que la decisión sobre cuándo debe dejar el hospital haya sido justa y haya seguido todas las normas.

Paso 3: Le informaremos nuestra decisión dentro de las 72 horas de su solicitud de revisión rápida.

- **Si aceptamos su apelación**, significa que estamos de acuerdo con que necesita estar en el hospital después de la fecha del alta hospitalaria. Seguiremos brindándole sus servicios hospitalarios cubiertos para pacientes internados mientras sean médicamente necesarios. También significa que aceptamos reembolsarle nuestra parte de los costos de atención que ha recibido desde la fecha en que nosotros determinamos que finalizaría su cobertura. (Usted debe pagar su parte de los costos y pueden aplicarse limitaciones a la cobertura).
- **Si rechazamos su apelación**, significa que decidimos que su fecha prevista de alta era médicamente adecuada. Nuestra cobertura de sus servicios hospitalarios para pacientes internados finaliza el día en que dijimos que finalizaría su cobertura.
 - Si permaneció en el hospital *después* de su fecha prevista de alta, **es posible que tenga que pagar todos los costos** de la atención hospitalaria que reciba después de su fecha prevista de alta.

Paso 4: Si rechazamos su apelación, su caso se enviará automáticamente al siguiente nivel del proceso de apelación.

Paso a paso: Proceso de apelación *Alternativa* de Nivel 2

Término legal
El nombre formal de la organización de revisión independiente es Entidad de revisión independiente . A veces se denomina IRE (Independent Review Entity, en inglés).

La organización de revisión independiente es una organización independiente que contrata Medicare. No está relacionada con nuestro plan y no es un organismo gubernamental. Esta organización decide si la decisión que tomamos es correcta o si se debería cambiar. Medicare supervisa su trabajo.

Paso 1: Automáticamente enviaremos su caso a la organización de revisión independiente.

- Tenemos que enviar la información para su apelación de Nivel 2 a la organización de revisión independiente dentro de las 24 horas del momento en que le informemos que rechazamos su primera apelación. (Si cree que no cumplimos esta fecha límite u otras fechas límite, puede presentar un reclamo. La Sección 10 de este capítulo le informa cómo presentar un reclamo.)

Capítulo 9 Qué hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

Paso 2: La organización de revisión independiente realiza una revisión rápida de su apelación. Los revisores le proporcionan una respuesta dentro de las 72 horas.

- Los revisores de la organización de revisión independiente analizarán cuidadosamente toda la información relacionada con su apelación de su alta hospitalaria.
- **Si esta organización *acepta* su apelación**, tenemos que reintegrarle nuestra parte de los costos de atención hospitalaria que haya recibido desde la fecha de su alta prevista. También tenemos que continuar la cobertura de servicios hospitalarios para pacientes internados del plan mientras esto sea médicamente necesario. Usted tiene que seguir pagando su parte de los costos. Si existen limitaciones sobre la cobertura, esto puede limitar el monto que reembolsaríamos, o el tiempo durante el cual continuaríamos la cobertura de sus servicios.
- **Si esta organización *rechaza* su apelación**, significa que están de acuerdo con que su fecha prevista de alta era médicamente adecuada.
 - El aviso por escrito que reciba de la organización de revisión independiente le indicará cómo iniciar una apelación de Nivel 3 con el proceso de revisión, que es manejado por un juez de derecho administrativo o un árbitro.

Paso 3: Si la organización de revisión independiente rechaza su apelación, usted decide si desea seguir con su apelación.

- Hay tres niveles adicionales en el proceso de apelación después del Nivel 2 (en total son cinco niveles de apelación). Si los revisores rechazan su apelación de Nivel 2, usted decide si aceptar esta decisión o pasar a una apelación de Nivel 3.
- La Sección 9 de este capítulo brinda más información sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelación.

SECCIÓN 8 Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos si usted considera que su cobertura finalizará demasiado pronto

Sección 8.1	<i>Esta sección trata sobre tres servicios únicamente: Atención médica a domicilio, atención en un centro de atención de enfermería especializada y servicios de un Centro de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF, en inglés)</i>
--------------------	--

Cuando reciba **servicios de atención médica domiciliaria, centro de atención de enfermería especializada o rehabilitación (centro de atención de enfermería especializada y servicios de un centro de rehabilitación integral para pacientes externos, CORF)**, tendrá derecho a seguir recibiendo sus servicios por el plan para ese tipo de atención mientras sea necesaria para el diagnóstico y tratamiento de su enfermedad o lesión.

Cuando decidamos que es el momento de interrumpir la cobertura de uno de los tres tipos de atención, tenemos que informarle con anticipación. Cuando finalice su cobertura de esa atención, *dejaremos de pagar nuestra parte del costo de su atención.*

Capítulo 9 Qué hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

Si cree que finalizamos la cobertura de su atención demasiado pronto, **puede apelar nuestra decisión**. En esta sección se explica cómo solicitar una apelación.

Sección 8.2 Le informaremos con anticipación cuándo finalizará su cobertura

Término legal

Aviso de no cobertura de Medicare. Le proporciona información sobre cómo puede solicitar una **apelación por vía rápida**. Solicitar una apelación por vía rápida es una manera legal y formal de solicitar un cambio en nuestra decisión de cobertura sobre el momento de interrupción de su atención.

- 1. Recibirá un aviso por escrito** al menos dos días antes de que nuestro plan interrumpa la cobertura de su atención. El aviso le proporcionará información sobre:
 - La fecha en la cual dejaremos de cubrir su atención.
 - Cómo solicitar una apelación acelerada para solicitarnos que sigamos cubriendo su atención durante un período de tiempo más largo.
- 2. Se le pedirá a usted o una persona que lo represente deberá firmar el aviso por escrito para demostrar que lo ha recibido.** Firmar este aviso *sólo* demuestra que ha recibido la información sobre el momento en que se interrumpirá su cobertura. **Firmarlo no significa que esté de acuerdo** con la decisión del plan de suspender la atención.

Sección 8.3 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para que nuestro plan cubra su atención por más tiempo

Si desea solicitar que cubramos su atención durante un período más prolongado, deberá usar el proceso de apelación para presentar esta solicitud. Antes de comenzar, debe entender lo que debe hacer y cuáles son las fechas límite.

- **Siga el proceso.**
- **Cumpla con los plazos.**
- **Solicite ayuda si la necesita.** Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda en cualquier momento, llame al Departamento de Servicios para Miembros. O bien, llame a su Programa estatal de asistencia en seguros de salud, una organización gubernamental que brinda asistencia personalizada.

Durante una apelación de Nivel 1, la Organización para la mejora de la calidad revisa su apelación. Decide si la fecha de finalización de su atención es médicamente apropiada.

La **Organización para la mejora de la calidad** es un grupo de médicos y otros expertos de atención médica pagados por el gobierno federal para verificar y ayudar a mejorar la calidad de la atención para 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 son parte de nuestro plan.

Capítulo 9 Qué hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

Paso 1: Presentar su apelación de Nivel 1: comuníquese con la Organización para la mejora de la calidad y solicite una *apelación acelerada*. Tiene que actuar rápidamente.

¿Cómo puede comunicarse con esta organización?

- El aviso por escrito que recibió (*Aviso de no cobertura de Medicare*) le indica cómo comunicarse con esta organización. O bien, busque el nombre, la dirección y el número de teléfono de la Organización para la mejora de la calidad correspondiente a su estado en el Capítulo 2.

Actúe de inmediato:

- Tiene que comunicarse con la Organización para la Mejora de la Calidad para comenzar su apelación **antes del mediodía del día anterior a la fecha de entrada en vigencia** que figura en el Aviso de no cobertura de Medicare.
- Si no cumple una fecha límite para comunicarse con la Organización para la mejora de la calidad y todavía desea presentar una apelación, debe presentarla directamente ante nosotros. Para obtener más información sobre esta otra manera de presentar su apelación, consulte la Sección 8.5.

Paso 2: La Organización para la mejora de la calidad efectúa una revisión independiente de su caso.

Término legal
Explicación detallada de no cobertura. Aviso que proporciona detalles sobre los motivos para finalizar la cobertura.

¿Qué sucede durante esta revisión?

- Los profesionales de la salud en la Organización para la mejora de la calidad (los revisores) le preguntarán a usted, o a su representante, por qué considera que debe continuar la cobertura de los servicios. No es necesario que prepare nada por escrito, pero puede hacerlo si lo desea.
- La organización de revisión también analizará su información médica, hablará con su médico, y revisará la información que nuestro plan les haya entregado.
- Al finalizar el día, los revisores nos informan su apelación; también recibirá de nuestra parte la **Explicación detallada de no cobertura** que explica en detalle nuestros motivos para finalizar la cobertura de sus servicios.

Paso 3: Dentro del día posterior al día en que tienen toda la información que necesitan, los revisores le informan su decisión.

¿Qué sucede si los revisores la aceptan?

- Si los revisores aceptan, **tenemos que seguir brindando sus servicios cubiertos por el plan mientras estos servicios sean médicamente necesarios.**
- Tendrá que seguir pagando su parte de los costos (como deducibles o copagos, si corresponde). Puede haber limitaciones sobre sus servicios cubiertos.

Capítulo 9 Qué hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

¿Qué sucede si los revisores la rechazan?

- Si los revisores la *rechazan*, su cobertura finalizará en la fecha en que le informamos.
- Si decide seguir recibiendo atención médica a domicilio, atención de un centro de atención de enfermería especializada o servicios de un centro de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF, en inglés) después de esta fecha en que finaliza su cobertura, tendrá que pagar el costo total de la atención.

Paso 4: Si la respuesta a su apelación de Nivel 1 es negativa, usted decide si desea presentar otra apelación.

- Si los revisores *rechazan* su apelación de Nivel 1 y usted elige continuar recibiendo atención después de que ha finalizado la cobertura de la atención, podrá presentar una apelación de Nivel 2.

Sección 8.4	Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para que nuestro plan cubra su atención por más tiempo
--------------------	--

Durante la apelación de Nivel 2, usted pide a la Organización para la mejora de la calidad que analice nuevamente la decisión sobre su primera apelación. Si la Organización para la mejora de la calidad rechaza su apelación de Nivel 2, es posible que deba pagar el costo total de su atención médica a domicilio, o atención de un centro de atención de enfermería especializada, o servicios de un Centro de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF, en inglés) después de la fecha en que dijimos que finalizaría su cobertura.

Paso 1: Usted se comunica nuevamente con la Organización para la mejora de la calidad y pide otra revisión.

- Tiene que solicitar esta revisión **dentro de los 60 días** posteriores al día en que la Organización para la mejora de la calidad rechace su apelación de Nivel 1. Puede solicitar esta revisión solo si continuó recibiendo la atención después de la fecha en que finalizó la cobertura de su atención.

Paso 2: La Organización para la mejora de la calidad realiza una segunda revisión de su situación.

- Los revisores de la Organización para la mejora de la calidad volverán a observar cuidadosamente toda la información en relación con su apelación.

Paso 3: Dentro de los 14 días de la recepción de su solicitud de apelación, los revisores decidirán sobre su apelación y le informarán la decisión.

¿Qué sucede si la organización de revisión dice la acepta?

- **Tenemos que reembolsarle** nuestra parte de los costos de atención que ha recibido desde la fecha en que nosotros determinamos que finalizaría su cobertura. **Debemos continuar proporcionándole cobertura** para la atención durante el tiempo que sea médicamente necesario.
- Usted tiene que continuar pagando su parte de los costos y pueden aplicarse limitaciones a la cobertura.

Capítulo 9 Qué hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

¿Qué sucede en caso de rechazo de la organización de revisión?

- Esto significa que están de acuerdo con la decisión tomada en su apelación de Nivel 1.
- El aviso que reciba le informará por escrito lo que puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Le proporcionará los detalles sobre cómo avanzar hacia el próximo nivel de apelaciones, del que se encarga un árbitro o un juez de derecho administrativo.

Paso 4: En caso de rechazo, deberá decidir si desea proseguir con su apelación.

- Hay tres niveles adicionales de apelación después del Nivel 2, en total son cinco niveles de apelación. Los detalles sobre cómo hacer una apelación Nivel 3 se encuentran en el aviso escrito que recibe después de la decisión de su apelación de Nivel 2.
- Un árbitro o un juez de derecho administrativo se ocupan de la apelación de Nivel 3. La Sección 9 de este capítulo brinda más información sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelación.

Sección 8.5 ¿Qué sucede si no cumple la fecha límite para presentar su apelación de Nivel 1?
--

Puede apelar ante nosotros también

Como se explicó anteriormente, debe actuar con rapidez para comunicarse con la Organización para la mejora de la calidad para comenzar su primera apelación (dentro de uno o dos días como máximo). Si no cumple con la fecha límite para comunicarse con esta organización, hay otra manera de presentar su apelación. Si utiliza esta otra manera de presentar su apelación, *los primeros dos niveles de apelación son diferentes.*

Paso a paso: Cómo presentar una apelación *Alternativa* de Nivel 1

Término legal
Una revisión rápida (o apelación rápida) también se llama apelación acelerada.

Paso 1: Comuníquese con nosotros y solicite una revisión rápida.

- **Solicite una revisión rápida.** Esto significa que usted nos pide que le respondamos con fechas límite rápidas en lugar de estándares. El capítulo 2 tiene información de contacto.

Paso 2: Realizamos una revisión rápida de la decisión que tomamos sobre el momento de finalizar la cobertura de sus servicios.

- Durante esta revisión, analizamos otra vez toda la información sobre su caso. Verificamos si seguimos todas las normas cuando fijamos la fecha para finalizar la cobertura del plan para los servicios que usted recibía.

Capítulo 9 Qué hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

Paso 3: Le informaremos nuestra decisión dentro de las 72 horas de su solicitud de revisión rápida.

- **Si aceptamos su apelación**, significa que estamos de acuerdo con usted en que necesita los servicios por más tiempo, y seguiremos brindándole sus servicios cubiertos por el plan mientras esto sea médicamente necesario. También significa que aceptamos reembolsarle nuestra parte de los costos de atención que ha recibido desde la fecha en que nosotros determinamos que finalizaría su cobertura. (Usted debe pagar su parte de los costos y pueden aplicarse limitaciones a la cobertura).
- **Si rechazamos su apelación**, su cobertura finalizará en la fecha en que le indicamos, y no pagaremos ninguna parte de los costos después de esta fecha.
- Si continuó recibiendo atención médica a domicilio, o atención de un centro de atención de enfermería especializada o servicios de un Centro de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF, en inglés) después de la fecha en que indicamos que finalizaría su cobertura, **tendrá que pagar el costo total** de la atención.

Paso 4: Si rechazamos su apelación rápida, su caso irá *automáticamente* al siguiente nivel del proceso de apelación.

Término legal
El nombre formal de la organización de revisión independiente es Entidad de revisión independiente . A veces se denomina IRE (Independent Review Entity, en inglés).

Paso a paso: Proceso de apelación *Alternativa* de Nivel 2

Durante la apelación de Nivel 2, la **organización de revisión independiente** revisa la decisión que tomamos cuando rechazamos su apelación rápida. Esta organización decide si la decisión debería cambiar. **La organización de revisión independiente es una organización independiente que contrata Medicare.** Esta organización no está relacionada con nuestro plan y no es un organismo gubernamental. Esta organización es una compañía elegida por Medicare para ocuparse de ser la Organización de revisión independiente. Medicare supervisa su trabajo.

Paso 1: Enviamos automáticamente su caso a la organización de revisión independiente.

- Tenemos que enviar la información para su apelación de Nivel 2 a la organización de revisión independiente dentro de las 24 horas del momento en que le informemos que rechazamos su primera apelación. (Si cree que no cumplimos esta fecha límite u otras fechas límite, puede presentar un reclamo. La Sección 10 de este capítulo le informa cómo presentar un reclamo.)

Paso 2: La organización de revisión independiente realiza una revisión rápida de su apelación. Los revisores le proporcionan una respuesta dentro de las 72 horas.

- Los revisores de la organización de revisión independiente analizarán cuidadosamente toda la información relacionada con su apelación.

Capítulo 9 Qué hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

- **Si esta organización acepta su apelación**, tenemos que reintegrarle nuestra parte de los costos de atención que haya recibido desde la fecha en que indicamos que finalizaría su cobertura. También tenemos que seguir brindando cobertura de su atención durante el tiempo que sea médicamente necesario. Usted tiene que seguir pagando su parte de los costos. Si existen limitaciones sobre la cobertura, esto puede limitar el monto que reembolsaríamos, o el tiempo durante el cual continuaríamos la cobertura de los servicios.
- **Si esta organización rechaza su apelación**, significa que están de acuerdo con la decisión que tomó nuestro plan sobre su primera apelación, y no la modificarán.
 - El aviso que reciba de la Organización de revisión independiente le informará por escrito lo que puede hacer si desea continuar con una apelación Nivel 3.

Paso 3: Si la organización de revisión independiente rechaza su apelación, usted decide si desea seguir con su apelación.

- Hay tres niveles adicionales de apelación después del Nivel 2, en total son cinco niveles de apelación. Los detalles sobre cómo hacer una apelación Nivel 3 se encuentran en el aviso escrito que recibe después de la decisión de su apelación de Nivel 2.
- Un árbitro o un juez de derecho administrativo se ocupan de revisar su apelación Nivel 3. La Sección 9 de este capítulo brinda más información sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelación.

SECCIÓN 9 Cómo seguir con su apelación en el Nivel 3 y más allá

Sección 9.1 Niveles de apelación 3, 4 y 5 para solicitudes de servicios médicos

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

Si el valor en dólares del producto o servicio médico que apeló cumple con ciertos niveles mínimos, puede proseguir a los niveles adicionales de apelación. Si el valor en dólares es menor que el nivel mínimo, no puede avanzar en el proceso de apelación. La respuesta por escrito que reciba su apelación de Nivel 2 le explicará cómo presentar una apelación de Nivel 3.

Para la mayoría de las situaciones que implican apelaciones, los últimos tres niveles de apelación funcionan casi de la misma manera. A continuación, mostramos quiénes se ocupan de la revisión de su apelación en cada uno de estos niveles.

Apelación de Nivel 3 **Un juez (juez de derecho administrativo) o un árbitro que trabaja para el gobierno federal** serán los encargados de revisar su apelación y de brindarle

- **Si el árbitro o el juez de derecho administrativo aceptan su apelación, el proceso de apelación puede haber finalizado o no.** A diferencia de la decisión en el Nivel 2, tenemos derecho a apelar una decisión de Nivel 3 que sea favorable para usted. Si decidimos apelar, avanzará a una apelación de Nivel 4.
 - Si decidimos *no* apelar, debemos autorizar o brindarle la atención médica dentro de los 60 días calendario después de recibir la decisión del árbitro o del juez de derecho administrativo.

Capítulo 9 Qué hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

- Si decidimos apelar la decisión, le enviaremos una copia de la solicitud de apelación de Nivel 4, con los documentos adjuntos correspondientes. Podemos esperar a la decisión de apelación de Nivel 4 antes de autorizar o brindar la atención médica en cuestión.
- **Si el árbitro o el juez de derecho administrativo rechazan su apelación, el proceso de apelación puede haber finalizado o no.**
 - Si decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, finaliza el proceso de apelación.
 - Si no desea aceptar la decisión, puede continuar al siguiente nivel del proceso de revisión. El aviso que reciba le indicará qué hacer para realizar una apelación de Nivel 4.

Apelación de Nivel 4 El Consejo de apelaciones de Medicare (Consejo) revisará su apelación y le dará una respuesta. El Consejo es parte del gobierno federal.

- **Si la respuesta es afirmativa o si el Consejo rechaza nuestra solicitud de revisión de una decisión de apelación de Nivel 3 favorable, el proceso de apelación puede haber finalizado o no.** A diferencia de la decisión en el Nivel 2, 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 después de recibir la decisión del Consejo.
 - Si decidimos apelar la decisión, le informaremos por escrito.
- **Si la respuesta es negativa o si el Consejo rechaza la solicitud de revisión, el proceso de apelación puede haber finalizado o no.**
 - Si decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, finaliza el proceso de apelación.
 - Si no desea aceptar la decisión, puede continuar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo rechaza su apelación, el aviso que reciba le indicará si las normas le permiten seguir a una apelación de Nivel 5 y cómo presentarla.

Apelación de Nivel 5 Un juez del Tribunal de distrito federal revisará su apelación.

- Un juez revisará toda la información y decidirá *aceptar* o *rechazar* 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 ha presentado una apelación de Nivel 1 y una apelación de Nivel 2, y ambas fueron rechazadas.

Capítulo 9 Qué hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

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

Para la mayoría de las situaciones que implican apelaciones, los últimos tres niveles de apelación funcionan casi de la misma manera. A continuación, mostramos quiénes se ocupan de la revisión de su apelación en cada uno de estos niveles.

Apelación de Nivel 3 Un juez (juez de derecho administrativo) o un árbitro que trabaja para el gobierno federal serán los encargados de revisar su apelación y de brindarle

- **Si la respuesta es afirmativa, el proceso de apelación ha finalizado.** Debemos **autorizar o proporcionar la cobertura de medicamentos** que aprobaron el árbitro o el juez de derecho administrativo **dentro de las 72 horas (24 horas para apelaciones aceleradas) o realizar el pago no más de 30 días calendario** después de recibir la decisión.
- **Si la respuesta es negativa, el proceso de apelación puede o no haber finalizado.**
 - Si decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, finaliza el proceso de apelación.
 - Si no desea aceptar la decisión, puede continuar al siguiente nivel del proceso de revisión. El aviso que reciba le indicará qué hacer para realizar una apelación de Nivel 4.

Apelación de Nivel 4 El Consejo de apelaciones de Medicare (Consejo) revisará su apelación y le dará una respuesta. El Consejo es parte del gobierno federal.

- **Si la respuesta es afirmativa, el proceso de apelación ha finalizado.** Debemos **autorizar o proporcionar la cobertura de medicamentos** que aprobó el Consejo **dentro de las 72 horas (24 horas para apelaciones aceleradas) o realizar el pago no más de 30 días calendario** después de recibir la decisión.
- **Si la respuesta es negativa, el proceso de apelación puede o no haber finalizado.**
 - Si decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, finaliza el proceso de apelación.
 - Si no desea aceptar la decisión, puede continuar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo rechaza su apelación, o rechaza su solicitud de revisión de la apelación, el aviso le indicará si las normas le permiten seguir a una apelación de Nivel 5. También le indicará con quién tiene que comunicarse y qué hacer a continuación, si decide proseguir con su apelación.

Apelación de Nivel 5 Un juez del Tribunal de distrito federal revisará su apelación.

- Un juez revisará toda la información y decidirá *aceptar* o *rechazar* su solicitud. Esta es una respuesta final. No hay más niveles de apelación después del Tribunal federal de distrito.

Capítulo 9 Qué hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

CÓMO PRESENTAR RECLAMOS

SECCIÓN 10 Cómo presentar reclamos sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, servicio al cliente y otras inquietudes

Sección 10.1 ¿Qué tipos de problemas maneja el proceso de reclamos?

El proceso de reclamos se usa solamente para ciertos tipos de problemas. Esto incluye problemas relacionados con calidad de atención, tiempos de espera y servicio al cliente. Estos son ejemplos de tipos de problemas que maneja el proceso de reclamos.

Reclamo	Ejemplo
Calidad de su atención médica	<ul style="list-style-type: none"> • ¿No está conforme con la calidad de la atención que recibió (incluida la atención en el hospital)?
Respeto de su privacidad	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Alguien no respetó su derecho a la privacidad o compartió información confidencial?
Falta de respeto, mal servicio al cliente u otras conductas negativas	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Alguien fue grosero o irrespetuoso con usted? • ¿No está satisfecho con nuestro Departamento de Servicios para Miembros? • ¿Cree que le recomiendan abandonar el plan?
Tiempos de espera	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Tiene problemas para concertar citas o espera demasiado para conseguir una? • ¿Los médicos, farmacéuticos u otros profesionales de la salud lo han hecho esperar demasiado? ¿O lo han hecho nuestro Departamento de Servicios para Miembros u otros miembros del personal del plan? <ul style="list-style-type: none"> ○ Los ejemplos incluyen largas esperas al teléfono, en la sala de espera o de examen, o para obtener una receta.
Limpieza	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Está disconforme con la limpieza o las condiciones de una clínica, hospital o consultorio del médico?
Información que le brindamos	<ul style="list-style-type: none"> • ¿No le enviamos el aviso requerido? • ¿Nuestra información escrita es difícil de entender?

Capítulo 9 Qué hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

Reclamo	Ejemplo
Puntualidad (Estos tipos de reclamos están todos relacionados con la puntualidad de nuestras acciones en relación con las decisiones de cobertura y las apelaciones)	<p>Si ya nos solicitó una decisión de cobertura o presentó una apelación, y cree que no le respondemos con suficiente rapidez, puede presentar un reclamo sobre nuestra lentitud. Por ejemplo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si usted nos solicitó una decisión rápida de cobertura o una apelación rápida y la rechazamos, puede presentar un reclamo. • Si cree que no estamos cumpliendo con fechas límite para decisiones de cobertura o apelaciones; puede presentar un reclamo. • Si cree que no estamos cumpliendo con fechas límite para cubrirle o reembolsarle ciertos productos o servicios médicos o medicamentos que fueron aprobados; puede presentar un reclamo. • Si cree que no cumplimos con las fechas límite requeridas para enviar su caso a la organización de revisión independiente; puede presentar un reclamo.

Sección 10.2 Cómo presentar un reclamo

Términos legales

- Un **reclamo** equivale a una **queja**.
- **Presentar un reclamo** también es lo mismo que **presentar queja**.
- Otra forma de decir **uso del proceso para reclamos** es **uso del proceso para presentar una queja formal**.
- Un **reclamo rápido** también equivale a una **queja acelerada**.

Sección 10.3 Paso a paso: Cómo presentar un reclamo

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

- **En general, llamar al Departamento de Servicios para Miembros es el primer paso.** Si hay algo más que deba hacer, Departamento de Servicios para Miembros se lo informará.
- **Si no desea llamar (o llamó y no quedó satisfecho), puede presentar su reclamo por escrito y enviárnoslo.** Si presentó su reclamo por escrito, le responderemos por escrito.
- Nuestro plan acepta quejas orales o escritas, siempre y cuando la queja se envíe dentro de los 60 días calendario posteriores al evento o incidente que generó la queja. Analizaremos sus preocupaciones y obtendremos cualquier información adicional que sea necesaria para revisar completamente su queja. Nuestro plan responderá a su queja tan pronto como su afección lo requiera, pero dentro de los 30 días calendario posteriores a la recepción de la queja. En algunas circunstancias, es posible que le convenga presentar una queja rápida (“acelerada”).

Capítulo 9 Qué hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

Las circunstancias en las que puede que le convenga presentar una queja rápida son cuando quiere presentar una queja acerca de lo siguiente:

- Prolongamos el período para tomar una decisión en relación con una solicitud de servicios o una apelación.
- Si presenta un reclamo porque rechazamos su solicitud de “decisión rápida de cobertura” o “apelación rápida”, automáticamente le permitiremos un reclamo “rápido”. Si tiene un reclamo “rápido”, significa que le responderemos dentro de las 24 horas.
- La **fecha límite** para presentar un reclamo es de 60 días calendario desde que tuvo el problema que desea reclamar.

Paso 2: Analizamos su reclamo y le brindamos nuestra respuesta.

- **De ser posible, le responderemos de inmediato.** Si nos llama a causa de un reclamo, podremos darle una respuesta en la misma llamada telefónica.
- **La mayoría de los reclamos se responden dentro de los 30 días calendario.** Si necesitamos más información y el retraso es lo más adecuado para usted, o si usted solicita más tiempo, podemos tardar hasta 14 días calendario más (44 días calendario en total) para responder a su reclamo. Si decidimos tomarnos unos días adicionales, le informaremos por escrito.
- **Si presenta un reclamo porque rechazamos su solicitud de decisión rápida de cobertura o apelación rápida, automáticamente le permitiremos un reclamo rápido.** Si tiene un reclamo rápido, significa que le responderemos dentro de las 24 horas.
- **Si no aceptamos** todo o parte de su reclamo o no asumimos responsabilidad por el problema objeto de su reclamo, le informaremos las razones en nuestra respuesta.

Sección 10.4 **También puede presentar reclamos sobre la calidad de la atención ante la Organización para la mejora de la calidad**

Cuando su reclamo se trate sobre *calidad de atención*, también tendrá dos opciones adicionales:

- **Podrá presentar su reclamo ante la Organización para la mejora de la calidad.** La Organización para la mejora de la calidad es un grupo de médicos practicantes y otros expertos en atención médica a quienes el gobierno federal les paga para verificar y mejorar la atención suministrada a pacientes de Medicare. El capítulo 2 tiene información de contacto.

O bien

- **Puede presentar su reclamo tanto a la Organización para la mejora de la calidad como a nosotros al mismo tiempo.**

Capítulo 9 Qué hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)**Sección 10.5 También puede informar a Medicare sobre su reclamo**

Puede presentar un reclamo sobre RiverSpring Star (HMO I-SNP) directamente a Medicare. Para presentar un reclamo ante Medicare, visite www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY/TDD pueden llamar al 1-877-486-2048.

CAPÍTULO 10:

Finalización de su membresía en el plan

SECCIÓN 1 Introducción a cómo cancelar su membresía en nuestro plan

La finalización de su membresía en el plan RiverSpring Star (HMO I-SNP) puede ser **voluntaria** (de su elección) o **involuntaria** (no de su elección):

- Puede abandonar nuestro plan porque decidió que *desea* abandonarlo. Las secciones 2 y 3 brindan información sobre cómo cancelar su membresía voluntariamente.
- También existen situaciones limitadas en las que estamos obligados a dar por terminada su membresía. La Sección 5 le informa sobre las situaciones en que debemos finalizar su membresía.

Si abandona nuestro plan, nuestro plan debe continuar brindándole atención médica y medicamentos con receta y usted continuará pagando su costo compartido hasta que finalice su membresía.

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

Sección 2.1	Puede finalizar su membresía en cualquier momento
--------------------	--

Puede finalizar su membresía en RiverSpring Star (HMO I-SNP) en cualquier momento.

- Si reside en un hogar de convalecencia, puede finalizar su membresía en RiverSpring Star (HMO I-SNP) en cualquier momento.
- Si decide cambiarse a un nuevo plan, puede elegir uno de los siguientes tipos de planes:
 - Otro plan de salud de Medicare con o sin cobertura de medicamentos con receta.
 - Original Medicare *con* un plan de medicamentos con receta de Medicare por separado.
 - Original Medicare *sin* un plan de medicamentos con receta de Medicare por separado.
 - Si elige esta opción, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que haya optado por no participar en la inscripción automática.

Nota: Si cancela su inscripción en la cobertura de medicamentos con receta de Medicare y se encuentra sin cobertura válida para medicamentos con receta durante 63 días consecutivos o más, es posible que deba pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare más adelante.

- Su **membresía finalizará generalmente** el primer día del mes posterior a la recepción de su solicitud de cambio de plan.

Sección 2.2	¿Dónde puede obtener más información sobre cuándo finalizar su membresía?
--------------------	--

Si tiene alguna pregunta sobre cómo cancelar su membresía, puede:

- **llamar al Departamento de Servicios para Miembros;**

Capítulo 10 Finalización de su membresía en el plan

- encontrar la información en el manual *Medicare y Usted 2024*;
- contactarse con **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los siete días de la semana (TTY 1-877-486-2048).

SECCIÓN 3 ¿Cómo puede finalizar su membresía en nuestro plan?

La tabla a continuación explica cómo debe finalizar su membresía en nuestro plan.

Si desea cambiar de nuestro plan a:	Esto es lo que debe hacer:
<ul style="list-style-type: none"> • Otro plan de salud de Medicare. 	<ul style="list-style-type: none"> • Inscribirse en el nuevo plan de salud de Medicare. • Su inscripción en RiverSpring Star (HMO I-SNP) se cancelará automáticamente cuando la cobertura de su nuevo plan comience.
<ul style="list-style-type: none"> • Original Medicare <i>con</i> un plan de medicamentos con receta de Medicare por separado. 	<ul style="list-style-type: none"> • Inscribirse en el nuevo plan de medicamentos con receta de Medicare. • Su inscripción en RiverSpring Star (HMO I-SNP) se cancelará automáticamente cuando la cobertura de su nuevo plan comience.
<ul style="list-style-type: none"> • Original Medicare <i>sin</i> un plan de medicamentos con receta de Medicare por separado. 	<ul style="list-style-type: none"> • Enviarnos una solicitud por escrito para cancelar su inscripción. Comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros si necesita más información sobre cómo hacerlo. • También puede comunicarse con Medicare, al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana y solicitar la cancelación de su inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. • Se cancelará su inscripción en RiverSpring Star (HMO I-SNP) cuando comience su cobertura en Original Medicare.

SECCIÓN 4 Hasta la finalización de su membresía, tiene que seguir recibiendo sus medicamentos, productos y servicios médicos a través de nuestro plan

Hasta que finalice su membresía y comience su nueva cobertura de Medicare, debe continuar recibiendo sus servicios médicos, productos y medicamentos con receta a través de nuestro plan.

- **Continúe utilizando nuestros proveedores de la red para recibir atención médica.**

Capítulo 10 Finalización de su membresía en el plan

- **Continúe utilizando las farmacias de nuestra red o el pedido por correo para surtir sus recetas.**
- **Si el día en que finaliza su membresía se encuentra internado, su hospitalización estará cubierta por el plan hasta el alta** (incluso si le dan el alta después del inicio de la nueva cobertura médica).

SECCIÓN 5 RiverSpring Star (HMO I-SNP) debe finalizar su membresía en el plan en ciertas situaciones

Sección 5.1	¿Cuándo tenemos que finalizar su membresía en el plan?
--------------------	---

RiverSpring Star (HMO I-SNP) debe finalizar su membresía en el plan si se presenta una de las siguientes situaciones:

- Si ya no tiene la Parte A y la Parte B de Medicare.
- Si se muda fuera de nuestra área de servicio.
- Si permanece fuera de nuestra área de servicio durante más de seis meses.
 - Si se muda o realiza un viaje largo, llama al Departamento de Servicios para Miembros para saber si el lugar al cual viajará o se mudará se encuentra en el área de nuestro plan.
- No cumple con los requisitos especiales de elegibilidad del plan.
 - *O* ya no requiere un nivel institucional de atención basado en la evaluación del Estado.
- Si ingresa en la cárcel.
- Si ya no es ciudadano de los Estados Unidos o no se encuentra legalmente en los Estados Unidos.
- Si miente u omite información sobre otro seguro en el que esté inscrito y que brinde cobertura de medicamentos con receta.
- Si nos brinda intencionalmente información incorrecta cuando se inscribe en nuestro plan y esa información afecta su elegibilidad para nuestro plan. (No podemos obligarlo a abandonar nuestro plan por este motivo a menos que recibamos permiso primero de Medicare).
- Si tiene un continuo comportamiento perturbador que dificulta que podamos brindarle atención médica a usted y a otros miembros de nuestro plan. (No podemos obligarlo a abandonar nuestro plan por este motivo a menos que recibamos permiso primero de Medicare).
- Si permite que otra persona use su tarjeta de miembro para recibir atención médica. (No podemos obligarlo a abandonar nuestro plan por este motivo a menos que recibamos permiso primero de Medicare).
 - Si finalizamos su membresía por este motivo, Medicare puede ordenar que el Inspector general investigue su caso.
- Si tiene que pagar el monto adicional de la Parte D debido a sus ingresos y no lo hace, Medicare cancelará su inscripción de su plan y perderá la cobertura de medicamentos con receta.

Capítulo 10 Finalización de su membresía en el plan**¿Dónde puede encontrar más información?**

Si tiene preguntas o desea más información sobre cuándo podemos finalizar su membresía, llame al Departamento de Servicios para Miembros.

Sección 5.2	<u>No podemos</u> pedirle que abandone nuestro plan por ningún motivo relacionado con la salud.
--------------------	--

RiverSpring Star (HMO I-SNP) no tiene permitido pedirle que abandone nuestro plan por ningún motivo relacionado con la salud.

¿Qué debo hacer si sucede esto?

Si cree que lo obligan a abandonar nuestro plan por un motivo relacionado con su salud, debe llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas del día, los 7 días de la semana. (TTY 1-877- 486-2048).

Sección 5.3	Tiene derecho a presentar un reclamo si finalizamos su membresía en nuestro plan
--------------------	---

Si finalizamos su membresía en nuestro plan, tenemos que informarle nuestros motivos por escrito. También tenemos que explicar cómo puede presentar una queja formal o un reclamo sobre nuestra decisión de finalizar su membresía.

CAPÍTULO 11:

Avisos legales

Capítulo 11 Avisos legales

SECCIÓN 1 Aviso sobre la ley vigente

La ley principal que se aplica a este documento de *Evidencia de cobertura* es el Título XVIII de la Ley de Seguro Social y normativa creada conforme a la Ley de Seguro Social por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid o CMS. Además, pueden aplicarse otras leyes federales, y, en ciertas circunstancias, las leyes del estado en el cual reside. Esto puede afectar sus derechos y responsabilidades incluso si las leyes no están incluidas o explicadas en este documento.

SECCIÓN 2 Aviso sobre la no discriminación

No discriminamos a las personas según raza, origen étnico, nacionalidad, color, religión, sexo, género, edad, orientación sexual, discapacidad física o mental, estado de salud, experiencia sobre presentación de reclamaciones, historial clínico, información genética, evidencia de asegurabilidad o ubicación geográfica dentro del área de servicios. Todas las organizaciones que brinden planes Medicare Advantage, como nuestro plan, deben obedecer las leyes federales contra la discriminación, incluido el Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964, la Ley de Rehabilitación de 1973, la Ley de Discriminación por Edad de 1975, la Ley de Estadounidenses con Discapacidades, la Sección 1557 de la Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio y todas las otras leyes aplicables a organizaciones que reciban fondos federales, y otras leyes y normas aplicables por cualquier otro motivo.

Si desea obtener más información o tiene dudas sobre discriminación o tratamiento desigual, llame a la **Oficina de Derechos Civiles** del Departamento de Salud y Servicios Sociales al 1-800-368-1019 (TTY 1-800-537-7697) o a su Oficina de Derechos Civiles local. También puede revisar la información de la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Sociales en <https://www.hhs.gov/ocr/index.html>.

Si tiene alguna discapacidad y necesita ayuda para acceder a atención, comuníquese con nosotros al Departamento de Servicios para Miembros. Si tiene una reclamo, como por ejemplo, un problema para acceder a una silla de ruedas, el Departamento de Servicios para Miembros puede ayudar.

SECCIÓN 3 Aviso sobre 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 primario. Conforme con la normativa de los CMS en los artículos 422.108 y 423.462 del Título 42 del Código de Reglamentaciones Federales (CFR), RiverSpring Star (HMO I-SNP), como organización de Medicare Advantage, ejercerá los mismos derechos de recuperación que ejerce la Secretaría conforme a la normativa de los CMS en las subpartes B a D de la parte 411 del Título 42 del CFR, y las reglas establecidas en esta sección sustituyen cualquier legislación estatal.

CAPÍTULO 12:

Definiciones de palabras importantes

Capítulo 12 Definiciones de palabras importantes

Centro quirúrgico para pacientes externos: Un centro quirúrgico para pacientes externos es una entidad que opera exclusivamente con el fin de brindar servicios quirúrgicos para pacientes externos que no necesiten hospitalización y cuya estadía prevista en el centro no supere las 24 horas.

Período de inscripción anual: 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.

Apelación: Es algo que usted presenta si no está de acuerdo con nuestra decisión de rechazo de solicitud de cobertura de servicios de atención médica o medicamentos con receta, o pago de servicios o medicamentos que ya recibió. También puede presentar una apelación si no está de acuerdo con nuestra decisión de interrumpir los servicios que recibe.

Facturación de saldos adicionales: Cuando un proveedor (médico u hospital) le factura a un paciente un monto mayor que el monto de costo compartido permitido por el plan. Como miembro de RiverSpring Star (HMO I-SNP), solo tiene que pagar el monto de costo compartido de nuestro plan cuando recibe servicios cubiertos por nuestro plan. No permitimos que los proveedores realicen una **facturación de saldos adicionales** o que le cobren de otro modo un monto del costo compartido superior al que su plan indica que debe pagar.

Período de beneficios: El modo en que nuestro plan y Original Medicare miden su uso de los servicios de centros de atención de enfermería especializada (SNF, en inglés) y hospitales. Un período de beneficios comienza el día en que ingresa al hospital o centro de atención de enfermería especializada. El período de beneficios finaliza cuando no ha recibido atención hospitalaria para pacientes internados (o atención especializada en un SNF) durante 60 días consecutivos. Si acude a un hospital o a un centro de atención de enfermería especializada luego de que finalizó un período de beneficios, comenzará un nuevo período de beneficios. No hay límite para la cantidad de períodos de beneficios.

Producto biológico: un medicamento con receta que se elabora a partir de fuentes naturales y vivas, como células animales, células vegetales, bacterias o levaduras. Los productos biológicos son más complejos que otros medicamentos y no pueden ser copiados exactamente, por lo que las formas alternativas se denominan biosimilares. Los productos biosimilares generalmente funcionan igual de bien y son tan seguros como los productos biológicos originales.

Medicamento de marca: Un medicamento con receta que fabrica y vende la compañía farmacéutica que originalmente investigó y desarrolló el medicamento. Los medicamentos de marca tienen la misma fórmula de ingrediente activo que la versión genérica. Sin embargo, otros fabricantes del medicamento fabrican y venden los medicamentos genéricos, y en general no están disponibles hasta después del vencimiento de la patente del medicamento de marca.

Etapas de cobertura para casos catastróficos: la etapa del beneficio de medicamentos de la Parte D que comienza cuando usted (u otras partes que cumplan con los requisitos en su nombre) han gastado \$8,000 en medicamentos cubiertos por la Parte D durante el año de cobertura. Durante esta etapa de pago, el plan paga el costo total de sus medicamentos cubiertos de la Parte D. No debe pagar nada.

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS): Agencia federal que administra Medicare.

Capítulo 12 Definiciones de palabras importantes

Plan de necesidades especiales de atención crónica: los C-SNP son SNP que restringen la inscripción a personas elegibles para MA que tienen una o más afecciones crónicas graves o incapacitantes, según se define en 42 CFR 422.2, incluida la restricción de la inscripción en función de los múltiples grupos de afecciones comúnmente comórbidas y clínicamente vinculadas especificadas en 42 CFR 422.4(a)(1)(iv).

Coseguro: Monto que tal vez deba pagar, expresada como un porcentaje (por ejemplo, 20%), como parte del costo de los servicios o medicamentos con receta después de pagar el deducible.

Reclamo: El nombre formal para presentar un reclamo es **presentación de una queja**. El proceso de reclamos *solamente* se usa para ciertos tipos de problemas. Esto incluye problemas relacionados con calidad de atención, tiempos de espera y servicio al cliente que recibe. También incluye reclamos si su plan no cumple con los plazos en el proceso de apelación.

Centro de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF, en inglés): Un centro que principalmente brinda servicios de rehabilitación después de una enfermedad o lesión, incluyendo fisioterapia, servicios sociales o psicológicos, terapia respiratoria, terapia ocupacional y servicios de patología de habla y lenguaje y servicios de evaluación del entorno del hogar.

Copago: Monto que tal vez deba pagar como parte del costo de un servicio o suministro médico, como la visita al médico, la visita al hospital para pacientes externos o un medicamento con receta. El copago es un monto fijo (por ejemplo, \$10), no un porcentaje.

Costo compartido: El costo compartido se refiere al monto que debe pagar el miembro cuando recibe servicios o medicamentos. (Esto es adicional a la prima mensual del plan). El costo compartido incluye cualquier combinación de los siguientes tres tipos de pagos: (1) monto de deducible que pueda exigir un plan antes de cubrir los servicios o medicamentos; (2) todo monto fijo de copago que un plan exija cuando reciba un servicio o medicamento específico; o (3) todo monto de coseguro, porcentaje del monto total pagado por un servicio o medicamento, que el plan requiera cuando se recibe un medicamento o servicio específico.

Determinación de cobertura: Una decisión sobre si un medicamento que le recetaron está cubierto por el plan y el monto, si hubiera, que debe pagar por el medicamento con receta. En general, si lleva su receta médica a la farmacia y esta le dice que no está cubierto el medicamento con receta conforme a su plan, esa no constituye una determinación de cobertura. Debe llamar o escribirle a su plan y pedirle una decisión formal sobre la cobertura. En este documento, las determinaciones de cobertura se denominan **decisiones de cobertura**.

Medicamentos cubiertos: Término que utilizamos para todos los medicamentos con receta cubiertos por nuestro plan.

Servicios cubiertos: El término que usamos para todos los servicios y suministros de atención médica cubiertos por nuestro plan.

Cobertura válida para medicamentos con receta: Cobertura de medicamentos con receta (por ejemplo, de un empleador o sindicato) que pague, en promedio, al menos lo mismo que la cobertura estándar de medicamentos con receta de Medicare. Las personas que tienen este tipo de cobertura cuando son elegibles para Medicare pueden, en general, conservar esa cobertura sin pagar multa si deciden inscribirse más tarde en la cobertura de medicamentos con receta de Medicare.

Capítulo 12 Definiciones de palabras importantes

Atención de custodia: La atención de custodia es atención personal suministrada en un hogar de convalecencia, centro para pacientes con enfermedades terminales u otro entorno de centro donde usted no necesite atención médica especializada o atención de enfermería especializada. La atención de custodia, atención personal que pueden brindar personas sin capacitación o habilidades profesionales, incluye ayuda para las actividades de la vida diaria como bañarse, vestirse, comer, sentarse, acostarse, levantarse de la cama, moverse y usar el baño. También puede incluir el tipo de atención relacionada con la salud que la mayoría de la gente hace sola, como colocarse gotas para los ojos. Medicare no paga la atención de custodia.

Tasa diaria de costo compartido: Una tasa diaria de costo compartido puede aplicarse cuando su médico le recete menos del suministro del mes completo de ciertos medicamentos para usted y usted deba pagar un copago. Una tasa diaria de costo compartido es el copago dividido por la cantidad de días del suministro de un mes. Por ejemplo: Si su copago por un suministro de un mes del medicamento es de \$30 y el suministro de un mes de su plan es de 30 días, su tasa diaria de costo compartido es de \$1 por día.

Deducible: Monto que debe pagar por la atención médica o los medicamentos con receta antes de que nuestro plan pague.

Cancelar la inscripción o Cancelación de inscripción: El proceso para finalizar su membresía en nuestro plan.

Tarifa de despacho: Tarifa que se cobra cada vez que se despacha un medicamento cubierto para pagar el costo de surtir un medicamento con receta, como el tiempo del farmacéutico para preparar y empacar la receta.

Planes de necesidades especiales 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 bajo Medicaid (título XIX). Los estados cubren algunos costos de Medicare, según el estado y la elegibilidad del individuo.

Equipo médico duradero (DME, en inglés): Ciertos equipos médicos que ordena su médico por motivos médicos. Algunos ejemplos incluyen andadores, sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para la diabetes, bombas de infusión intravenosa (IV), dispositivos generadores de voz, equipos de oxígeno, nebulizadores o camas de hospital solicitadas por un proveedor para usar en el hogar.

Emergencia: Una emergencia médica se presenta cuando usted, o cualquier otra persona prudente con un conocimiento promedio sobre salud y medicina, creen que presenta síntomas médicos que requieren de atención médica inmediata para evitar la muerte (y, si es una mujer embarazada, la pérdida de un feto no nacido), la pérdida de una extremidad o la pérdida de la función de una extremidad. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, lesión, un dolor intenso o afección que empeora rápidamente.

Atención médica de emergencia: Se refiere a los siguientes servicios cubiertos por el plan: (1) proporcionados por un proveedor elegible para brindar servicios de emergencia; y (2) necesarios para el tratamiento, evaluación o estabilización de una afección médica de emergencia.

Capítulo 12 Definiciones de palabras importantes

Evidencia de cobertura (EOC) e Información de divulgación: Este documento, junto con su formulario de inscripción y otros adjuntos, cláusulas adicionales u otra cobertura opcional seleccionada, que explican su cobertura, lo que usted debe hacer, sus derechos y lo que tiene que hacer como miembro de nuestro plan.

Excepción: Un tipo de decisión de cobertura que, si se aprueba, le permite recibir un medicamento que no aparece en nuestro formulario (una excepción de formulario) o recibir un medicamento no preferido a un nivel inferior de costo compartido (excepción de niveles). También puede solicitar una excepción si nuestro plan le exige probar otro medicamento antes de recibir el que usted solicita, o si el plan limita la cantidad o dosis del medicamento que solicita (excepción de formulario).

"Ayuda adicional": Un programa de Medicare o estatal para ayudar a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar costos del programa de medicamentos con receta de Medicare, como primas del plan de salud, deducibles y coseguro.

Medicamento genérico: Un medicamento con receta que está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) y tiene el mismo ingrediente activo que el medicamento de marca. Por lo general, un medicamento genérico tiene la misma eficacia que un medicamento de marca y suele ser más económico.

Queja: Tipo de reclamo que presenta ante nuestro plan, proveedores o una farmacia, incluido el reclamo sobre la calidad de su atención. Esto no implica disputas de cobertura o pago.

Asistencia médica en el hogar: Una persona que brinda servicios que no requieren las habilidades de un terapeuta o enfermero matriculado, como la ayuda con la atención personal (por ejemplo, bañarse, usar el baño, vestirse o llevar a cabo los ejercicios recetados).

Hospicio: un beneficio que brinda tratamiento especial a un miembro que ha sido certificado médicamente con una enfermedad terminal, es decir, que tiene una esperanza de vida de 6 meses o menos. Nosotros, su plan, debemos proporcionarle una lista de hospicios en su área geográfica. Si elige un hospicio y continúa pagando primas, continúa siendo miembro de nuestro plan. Aún puede recibir todos los servicios médicamente necesarios además de todos los beneficios complementarios que ofrecemos.

Atención hospitalaria para pacientes internados: Hospitalización en la cual se lo admite formalmente en el hospital para los servicios médicos especializados. Incluso si permanece una noche en el hospital, igualmente se lo puede considerar paciente externo.

Monto de ajuste mensual por ingresos (IRMAA): Si su ingreso bruto ajustado modificado como se informó en su declaración de impuestos del IRS de hace 2 años está por encima de un monto determinado, pagará la suma de la prima estándar y un Monto de ajuste mensual por ingresos, también conocido como IRMAA. IRMAA es un cargo adicional agregado a su prima. Menos del 5% de las personas inscritas en Medicare se ven afectadas, así que la mayoría de las personas no paga una prima mayor.

Límite inicial de la cobertura: El límite máximo de cobertura conforme a la Etapa de cobertura inicial.

Etapa de cobertura inicial: Es la etapa antes de que sus costos totales de medicamentos, incluidos los montos que pagó y lo que su plan pagó en su nombre para el año, alcancen el monto de \$5,030.

Capítulo 12 Definiciones de palabras importantes

Período de inscripción inicial: Cuando sea elegible por primera vez para participar en Medicare, el período en el cual usted se inscribe para las Partes A y B de Medicare. Si es elegible para Medicare cuando cumple 65 años, su Período de Inscripción Inicial es el período de 7 meses que comienza 3 meses antes del mes en que cumple 65 años, incluye el mes en que cumple 65 años y finaliza 3 meses después del mes en que cumple 65 años.

Plan de necesidades especiales institucional (SNP, en inglés): Un plan que inscribe a personas que cumplan los requisitos y que residan en forma continua, o que se espere que residan en forma continua, durante 90 días o más en un centro de atención médica a largo plazo (LTC, en inglés). Estos centros pueden incluir un centro de atención de enfermería especializada (SNF), un centro de atención de enfermería (NF), (SNF/NF), un centro de atención intermedia para personas con discapacidad intelectual (ICF/IID), un centro psiquiátrico para pacientes internados y/o centros aprobados por CMS que brinden servicios de atención médica a largo plazo similares que estén cubiertos por Medicare Parte A, Medicare Parte B o Medicaid; y cuyos residentes tienen necesidades y estado de atención médica similares a los otros tipos de instalaciones nombrados. Un Plan de necesidades especiales institucional debe tener acuerdo contractual con los centros específicos de LTC (o ser propietario de estos y operarlos).

Plan de necesidades especiales (SNP) institucional y equivalente: Un plan que inscribe a personas elegibles que viven en la comunidad pero que necesitan un nivel institucional de atención basado en la evaluación del Estado. Se hará la evaluación con el mismo recurso de evaluación de nivel de atención del Estado respectivo y una entidad que no sea la organización que ofrece el plan estará a cargo de administrarla. Este tipo de Plan de necesidades especiales puede restringir la inscripción a personas que residan en un centro de servicios de vida asistida (ALF, en inglés) contratado si es necesario, para garantizar un suministro uniforme de atención especializada.

Lista de medicamentos cubiertos (Formulario o “Lista de medicamentos”): Lista de medicamentos con receta cubiertos por el plan.

Subsidio por ingresos bajos (LIS): Consulte “Ayuda adicional”.

Monto máximo de bolsillo: el monto máximo que usted paga como gasto de bolsillo durante el año calendario para los servicios cubiertos dentro de la red. Los montos que paga por las primas del plan, por las primas de la Parte A y la Parte B de Medicare y por los medicamentos con receta no se contemplan para el monto máximo de bolsillo.

Medicaid (o Asistencia médica): Es un programa conjunto del gobierno federal y estatal que brinda ayuda con los costos médicos a personas con ingresos y recursos limitados. Los programas estatales de Medicaid varían, pero la mayoría de los costos de atención médica están cubiertos si califica para Medicare y Medicaid.

Indicación medicamento aceptada: Un uso del medicamento que está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos, o respaldada por ciertos libros de consulta.

Medicamento necesario: Los servicios, suministros o medicamentos necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección y que cumplen con los estándares aceptados de la práctica médica.

Capítulo 12 Definiciones de palabras importantes

Medicare: Es el programa federal de seguro de salud destinado a personas mayores de 65 años de edad, determinadas personas menores de 65 años con discapacidades y personas que padecen enfermedad renal terminal (en general, con insuficiencia renal permanente que requiere diálisis o trasplante de riñón).

Período de inscripción abierta de Medicare Advantage: Un período de tiempo que va desde el 1 de enero hasta el 31 de marzo en el cual los miembros en un plan Medicare Advantage pueden cancelar su inscripción en el plan y pasar a otro plan de Medicare Advantage, u obtener cobertura a través de Original Medicare. Si usted elige cambiar a Original Medicare durante este período, también puede unirse a un plan de medicamentos con receta de Medicare por separado 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 se denomina Parte C de Medicare y es un plan que ofrece una compañía privada que tiene contrato con Medicare para brindarle todos sus beneficios de las Partes A y B de Medicare. Un plan Medicare Advantage puede ser un i) HMO, ii) Plan de organización de proveedores preferidos (PPO, en inglés), un iii) plan privado de pago por servicios (PFFS, en inglés) o un iv) plan de cuenta de ahorros para gastos médicos Medical Savings Account (MSA) de Medicare. Además de elegir entre estos tipos de planes, un plan Medicare Advantage HMO o PPO también puede elegir un Plan de Necesidades Especiales (SNP). En la mayoría de los casos, los planes Medicare Advantage también ofrecen la Parte D de Medicare (cobertura de medicamentos con receta). Estos planes se denominan **Planes Medicare Advantage con cobertura de medicamentos con receta**.

Programa de Descuentos durante la brecha en la Cobertura de Medicare: Programa que brinda descuentos en la mayoría de los medicamentos de marca cubiertos de la Parte D a miembros de la Parte D, que hayan llegado a la Etapa de lapso en la cobertura y que ya no estén recibiendo “Ayuda adicional”. Los descuentos se basan en acuerdos entre el gobierno federal y ciertos fabricantes de medicamentos.

Servicios cubiertos por Medicare: servicios cubiertos por las Partes A y B de Medicare. Todos los planes de salud de Medicare deben cubrir todos los servicios cubiertos por las Partes A y B de Medicare. El término Servicios cubiertos por Medicare no incluye los beneficios adicionales, como de visión, dentales o audición que puede ofrecer un plan Medicare Advantage.

Plan de salud de Medicare: Plan de salud de Medicare ofrecido por una compañía privada con contrato con Medicare para brindar beneficios de la Parte A y la Parte B a personas con Medicare inscritas en el plan. Este término incluye todos los planes Medicare Advantage, los planes de costos de Medicare, los Programas de demostración/Programas piloto, y los Programas de atención integral para personas de edad avanzada (PACE, en inglés).

Cobertura de medicamentos con receta de Medicare (Parte D de Medicare): Seguro para ayudar a pagar los medicamentos con receta para pacientes externos, vacunas, productos biológicos y algunos suministros no cubiertos por las Partes A o B de Medicare.

Póliza Medigap (Seguro complementario de Medicare): Seguro complementario de Medicare que venden compañías de seguro privadas para cubrir las *interrupciones* (gaps) en Original Medicare. Las pólizas Medigap solo funcionan con Original Medicare. (Un plan Medicare Advantage no es una póliza Medigap).

Capítulo 12 Definiciones de palabras importantes

Miembro (Miembro de nuestro plan o Miembro del plan): Una persona con Medicare que es elegible para recibir servicios cubiertos por el plan, que está inscrita en nuestro plan y cuya inscripción está confirmada por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS).

Departamento de Servicios para Miembros: Un departamento de nuestro plan responsable de responder sus preguntas sobre la membresía, los beneficios, las quejas formales y las apelaciones.

Farmacia de la red: una farmacia que tiene contrato con nuestro plan donde los miembros de nuestro plan pueden obtener sus beneficios de medicamentos con receta. En la mayoría de los casos, sus recetas están cubiertas únicamente si se surten en una de nuestras farmacias de la red.

Proveedor de la red: Proveedor es el término general para médicos, otros profesionales de salud, hospitales, y otros centros de atención médica con licencia o certificación de Medicare, y del Estado, para brindar 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 y también brindar servicios cubiertos por el plan a los miembros de nuestro plan. Los proveedores de la red también se denominan **proveedores del plan**.

Determinación de la organización: una decisión que nuestro plan toma sobre si los productos o servicios están cubiertos o cuánto debe pagar por los productos o servicios cubiertos. En este documento, las determinaciones de la organización se denominan decisiones de cobertura.

Original Medicare (Medicare tradicional o Medicare con tarifa por servicio): Original Medicare es ofrecido por el gobierno, no por un plan de salud privado, como los planes Medicare Advantage y los planes de medicamentos con receta. Conforme a Original Medicare, los servicios de Medicare se cubren mediante el pago a médicos, hospitales u otros proveedores de atención médica, de montos establecidos por el Congreso. Puede acudir a cualquier médico, hospital u otro proveedor de atención médica que acepte Medicare. Debe pagar el deducible. Medicare paga su parte del monto aprobado por Medicare y usted paga su parte. Original Medicare tiene dos partes: La Parte A (Seguro hospitalario) y la Parte B (Seguro médico) y está disponible en cualquier lugar de los Estados Unidos.

Farmacia fuera de la red: Farmacia que no tiene contrato con nuestro plan para coordinar o proporcionar medicamentos cubiertos a miembros de nuestro plan. La mayoría de los medicamentos que 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 brindar servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores fuera de la red son proveedores que no son empleados, no pertenecen ni están operados por nuestro plan.

Gastos de bolsillo: Consulte la definición de costo compartido anterior. El requisito de costo compartido de un miembro de pagar una parte de los servicios o medicamentos recibidos también se denomina requisito de gasto de bolsillo del miembro.

Parte C: Consulte Plan Medicare Advantage (MA).

Parte D: El Programa de beneficios de medicamentos con receta de Medicare voluntario.

Capítulo 12 Definiciones de palabras importantes

Medicamentos de la Parte D: Medicamentos que pueden estar cubiertos bajo la Parte D. Podemos o no ofrecer todos los medicamentos de la Parte D. El Congreso ha excluido ciertas categorías de medicamentos como medicamentos cubiertos por la Parte D. Cada plan debe cubrir ciertas categorías de medicamentos de la Parte D.

Multa por inscripción tardía de la Parte D: Monto agregado a su prima mensual para la cobertura de medicamentos de Medicare si no tiene cobertura válida (cobertura que se espera que pague, en promedio, al menos lo mismo que la cobertura estándar de medicamentos con receta de Medicare) por un plazo de 63 días consecutivos o más después de que usted sea elegible para unirse a un plan de la Parte D.

Plan de Organización de Proveedores Preferidos (PPO, en inglés): Un Plan de Organización de Proveedores Preferidos es un plan Medicare Advantage con una red de proveedores contratados que aceptaron atender a miembros del plan a cambio de un pago de monto específico. Un plan PPO tiene que cubrir todos los beneficios del plan ya sea si se reciben de proveedores que forman o no parte de la red. El costo compartido del miembro en general será mayor cuando los beneficios del plan se reciban de proveedores fuera de la red. Los planes PPO tienen un límite anual sobre su gasto de bolsillo por los servicios recibidos de proveedores de la red (preferidos) y un límite mayor sobre su gasto de bolsillo total combinado por los servicios de proveedores que forman parte de la red (preferidos) y que están fuera de la red (no preferidos).

Prima: Pago periódico a Medicare, a una compañía de seguro o a un plan de atención médica por la cobertura médica o de medicamentos con receta.

Proveedor de atención primaria (PCP): Su médico u otro proveedor a quien usted consulta primero para la mayoría de los padecimientos de salud. En muchos planes de salud de Medicare, debe consultar a su proveedor de atención primaria antes de consultar a cualquier otro proveedor de atención médica.

Autorización previa: aprobación por adelantado para obtener servicios o ciertos medicamentos. Los servicios cubiertos que necesiten autorización previa aparecen marcados en el Cuadro de beneficios del Capítulo 4. Los medicamentos cubiertos que necesitan autorización previa están marcados en el formulario.

Prótesis y ortopedia – Dispositivos médicos que incluyen, pero no se limitan a: aparatos para brazo, espalda y cuello; extremidades artificiales; ojos artificiales; y equipos necesarios para reemplazar una parte o función del cuerpo, incluidos los suministros de ostomía y terapia de nutrición enteral y parenteral.

Organización para la mejora de la calidad (QIO): Grupo de médicos practicantes y otros expertos en atención médica a quienes el gobierno federal les paga para verificar y mejorar la atención suministrada a pacientes de Medicare.

Límites que rigen la cantidad: Recurso administrativo diseñado para limitar el uso de medicamentos seleccionados por motivos de calidad, seguridad o uso. Los límites pueden ser sobre la cantidad del medicamento que cubrimos por receta médica o por un período definido.

Capítulo 12 Definiciones de palabras importantes

Herramienta de beneficios en tiempo real: un portal o aplicación informática en el que los inscritos pueden buscar información sobre los beneficios y formularios completos, precisos, oportunos, clínicamente apropiados y específicos de los inscritos. Esto incluye montos de costo compartido, medicamentos alternativos del formulario que pueden usarse para la misma afección de salud que un medicamento determinado y restricciones de cobertura (autorización previa, tratamiento escalonado, límites que rigen la cantidad) que se aplican a los medicamentos alternativos.

Servicios de rehabilitación: Estos servicios incluyen fisioterapia, terapia de lenguaje y habla y terapia ocupacional.

Área de servicio – Un área geográfica donde debe vivir para inscribirse en un plan de salud en particular. Para los planes que limitan los médicos y hospitales a los que puede acudir, también es en general el área donde puede recibir servicios de rutina (no de emergencia). El plan debe cancelar su inscripción si usted se muda en forma permanente fuera del área de servicio del plan.

Atención en centros de enfermería especializada (SNF, en inglés): Servicios de rehabilitación y atención de enfermería especializada que se brindan de forma continua y diaria en un centro de atención de enfermería especializada. Los ejemplos de atención incluyen fisioterapia o inyecciones intravenosas que solo puede administrar un médico o enfermero profesional certificado.

Período de inscripción especial: Período en el cual los miembros pueden cambiar de plan de salud o medicamentos o regresar a Original Medicare. Las situaciones en que puede ser elegible para un Período de inscripción especial incluyen: si se muda fuera del área de servicio, si recibe “Ayuda adicional” para pagar costos de medicamentos con receta, si se muda a un hogar de convalecencia, o si incumplimos nuestro contrato con usted.

Plan de necesidades especiales: Tipo especial de plan de Medicare Advantage que brinda atención médica más específica para determinados grupos de personas, como quienes están inscritos en Medicare y Medicaid, quienes residen en un hogar de convalecencia, o quienes padecen ciertas afecciones crónicas.

Tratamiento escalonado: Recurso de utilización que le exige que pruebe primero otro medicamento para tratar su afección antes de que podamos cubrir el medicamento que su médico pueda haberle recetado inicialmente.

Ingreso complementario administrado por el Seguro Social (SSI, en inglés): Beneficio mensual que paga el Seguro Social a personas con ingresos y recursos limitados, que sean discapacitadas, ciegas o mayores de 65 años. Los beneficios de SSI no son los mismos que los de Seguro Social.

Servicios de urgencia: Son servicios cubiertos pero no de emergencia, que se prestan cuando los proveedores de la red no están disponibles temporalmente o son inaccesibles, o cuando el inscrito se encuentra fuera del área de servicio. Por ejemplo, necesita atención inmediata durante el fin de semana. Los servicios deben ser necesarios de inmediato y médicamente necesarios.

Departamento de Servicios para Miembros de RiverSpring Star (HMO I-SNP)

Método	Departamento de Servicios para Miembros: Información de contacto
LLAME AL	1-800-580-7000 Las llamadas a este número son gratuitas, los 7 días de la semana, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Este. El Departamento de Servicios para Miembros también cuenta con servicios gratuitos de interpretación de idiomas disponibles para las personas que no hablan inglés.
TTY	711 Este número requiere el uso de un equipo de teléfono especial y solo debe ser utilizado por personas con problemas auditivos o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas, los 7 días de la semana, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Este.
ESCRIBA A	RiverSpring Star (HMO I-SNP) 80 West 225th Street Bronx, New York 10463
SITIO WEB	www.RiverSpringHealthPlans.org

Programa de asistencia, asesoría e información sobre seguros de salud (HIICAP, en inglés) de la Oficina de la Tercera Edad: (SHIP de Nueva York)

HIICAP 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 están inscritas en Medicare.

Método	Información de contacto
LLAME AL	1-800-701-0501
TTY	212-504-4115 Este número requiere el uso de un equipo de teléfono especial y solo debe ser utilizado por personas con problemas auditivos o del habla.
ESCRIBA A	<p><i>Ciudad de Nueva York</i> Health Insurance Information Counseling and Assistance Program 2 Lafayette Street 7th Floor New York, NY 10007-1392</p> <p><i>Condado de Nassau</i> Nassau County HIICAP Office 377 Oak Street Garden City, NY 11532</p> <p><i>Condado de Westchester</i> Department of Senior Programs & Services 9 South First Avenue, 10th Floor Mt. Vernon, NY 10550</p>
SITIO WEB	https://aging.ny.gov/health-insurance-information-counseling-and-assistance

Cláusula de divulgación de la PRA De acuerdo con la Ley de Reducción de Trámites (PRA, en inglés) de 1995, ninguna persona tiene la obligación de responder a una recopilación de información a menos que dicha recopilación incluya un número de control de la Oficina de Administración y Presupuesto (OMB, en inglés) 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/A: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

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 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. 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 nakapagsalita 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 1-800-580-7000번으로 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.

Arabe: 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: या दवा की योजना में आपके ककसी भी प्रश्न जवाब दे ने हमारे पास मुफ्त दुभाकिया हैं. एक दुभाकिया प्राप्त किए, 1-800-580-7000 पर फोन . कोई व्यक्ति जो बोिता आपकी मदद कर सकता है. यह एक 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。

Formulario CMS-10802
(Vence el 12/31/25)

RiverSpring Health Plans

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.

www.RiverSpringHealthPlans.org