

# 2025

# Evidencia de Cobertura



## RiverSpring Star

(HMO I-SNP)

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

[www.RiverSpringHealthPlans.org](http://www.RiverSpringHealthPlans.org)

**Del 1.º de enero al 31 de diciembre de 2025**

## **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 proporciona detalles acerca de la cobertura de atención médica y para medicamentos con receta de Medicare desde el 1.º de enero hasta el 31 de diciembre de 2025. **Este es un documento legal importante. Guárdelo en un lugar seguro.**

**Si tiene preguntas sobre este documento, comuníquese con Servicios para Miembros al 1-800-580-7000 para obtener más información. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). Puede llamar de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. hora del Este, los 7 días de la semana. 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 sin cargo en inglés. 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 a Servicios para Miembros al número mencionado anteriormente.

Los beneficios, las primas, los deducibles o los copagos/el coseguro pueden cambiar el 1.º de enero de 2026.

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

Este documento explica sus beneficios y derechos. Utilice este documento para comprender lo siguiente:

- La prima y el costo compartido de su plan.
- Sus beneficios médicos y de medicamentos con receta.
- Cómo presentar un reclamo si no está conforme con un servicio o tratamiento.
- Cómo puede comunicarse con nosotros si necesita más ayuda. Y
- Otras protecciones requeridas por la ley de Medicare.

*H6776\_EOC001CY25\_C\_SP*

**Evidencia de Cobertura 2025****Índice**

<b>CAPÍTULO 1: <i>Primeros pasos como miembro</i></b> .....	<b>5</b>
SECCIÓN 1    Introducción .....	6
SECCIÓN 2    ¿Qué requisitos son necesarios para ser miembro del plan?.....	7
SECCIÓN 3    Materiales importantes para miembros que recibirá.....	9
SECCIÓN 4    Sus costos mensuales para RiverSpring Star (HMO I-SNP) .....	10
SECCIÓN 5    Más información sobre su prima mensual .....	14
SECCIÓN 6    Mantener actualizado su registro de miembro del plan .....	16
SECCIÓN 7    Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan .....	17
<b>CAPÍTULO 2: <i>Números de teléfono y recursos importantes</i></b> .....	<b>19</b>
SECCIÓN 1    Contactos de RiverSpring Star (HMO I-SNP) (cómo comunicarse con nosotros, incluso cómo comunicarse con Servicios para Miembros).....	20
SECCIÓN 2    Medicare (cómo obtener ayuda e información directamente del programa federal Medicare).....	25
SECCIÓN 3    Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (ayuda gratuita, información y respuestas a sus preguntas sobre Medicare).....	26
SECCIÓN 4    Organización para la mejora de la calidad.....	27
SECCIÓN 5    Seguro Social .....	28
SECCIÓN 6    Medicaid .....	29
SECCIÓN 7    Información sobre programas que ayudan a las personas a pagar los medicamentos con receta .....	31
SECCIÓN 8    Cómo puede ponerse en contacto con la Junta de Jubilación Ferroviaria .....	34
SECCIÓN 9    ¿Tiene un seguro grupal u otro seguro médico de un empleador? .....	35
<b>CAPÍTULO 3: <i>Usar el plan para obtener servicios médicos</i></b> .....	<b>36</b>
SECCIÓN 1    Datos importantes sobre cómo obtener atención médica como miembro de nuestro plan.....	37
SECCIÓN 2    Use los proveedores de la red del plan para obtener atención médica.....	39
SECCIÓN 3    Cómo obtener servicios cuando tiene una emergencia, una necesidad urgente de recibir atención o durante un desastre .....	42
SECCIÓN 4    ¿Qué sucede si le facturan directamente el costo total de los servicios? .....	44
SECCIÓN 5    ¿Cómo se cubren los servicios médicos cuando participa en un estudio de investigación clínica?.....	45

**Índice**

SECCIÓN 6	Normas para obtener atención en una institución religiosa de atención sanitaria no médica .....	47
SECCIÓN 7	Normas para la posesión de equipo médico duradero .....	48
<b>CAPÍTULO 4: Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar) .....</b>		<b>51</b>
SECCIÓN 1	Cómo comprender los costos que paga de su bolsillo por los servicios cubiertos.....	52
SECCIÓN 2	Utilice la <i>Tabla de beneficios médicos</i> para averiguar qué es lo que está cubierto y cuánto le corresponde pagar .....	55
SECCIÓN 3	¿Qué servicios no están cubiertos por el plan? .....	95
<b>CAPÍTULO 5: Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos con receta de la Parte D .....</b>		<b>99</b>
SECCIÓN 1	Introducción .....	100
SECCIÓN 2	Obtenga sus medicamentos con receta en una farmacia de la red o a través del servicio de pedido por correo del plan.....	100
SECCIÓN 3	Sus medicamentos deben estar en la Lista de medicamentos del plan .....	104
SECCIÓN 4	Hay restricciones respecto de la cobertura de algunos medicamentos .....	106
SECCIÓN 5	¿Qué sucede si uno de sus medicamentos no está cubierto de la manera en que usted querría que lo estuviera? .....	108
SECCIÓN 6	¿Qué sucede si cambia la cobertura para alguno de sus medicamentos? .....	111
SECCIÓN 7	¿Qué tipos de medicamentos <i>no</i> cubre el plan? .....	113
SECCIÓN 8	Obtener un medicamento con receta.....	115
SECCIÓN 9	Cobertura para medicamentos de la Parte D en situaciones especiales .....	115
SECCIÓN 10	Programas sobre la seguridad y administración de los medicamentos .....	117
<b>CAPÍTULO 6: Lo que le corresponde pagar por los medicamentos con receta de la Parte D.....</b>		<b>120</b>
SECCIÓN 1	Introducción .....	121
SECCIÓN 2	El precio que paga por un medicamento depende de la etapa de pago de medicamentos en la que esté al obtener el medicamento.....	124
SECCIÓN 3	Le enviamos informes que explican los pagos de sus medicamentos y la etapa de pago en la que se encuentra .....	124
SECCIÓN 4	Durante la Etapa del Deducible, usted paga el costo total de los medicamentos.....	126
SECCIÓN 5	Durante la Etapa de Cobertura Inicial, el plan paga la parte que le corresponde de los costos de sus medicamentos y usted paga su parte .....	126
SECCIÓN 6	Durante la Etapa de Cobertura Catastrófica, no paga nada por los medicamentos cubiertos de la Parte D .....	130

**Índice**

SECCIÓN 7	Vacunas de la Parte D: Lo que usted paga depende de cómo y dónde las obtiene .....	130
<b>CAPÍTULO 7: <i>Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura que usted recibió por concepto de servicios médicos o medicamentos cubiertos.</i> .....</b>		
<b>133</b>		
SECCIÓN 1	Situaciones en las que debe pedirnos que paguemos nuestra parte del costo de los servicios cubiertos o medicamentos cubiertos .....	134
SECCIÓN 2	Cómo solicitarnos el reembolso o el pago de una factura que recibió.....	136
SECCIÓN 3	Analizaremos su solicitud de pago y decidiremos si le pagaremos o no .....	137
<b>CAPÍTULO 8: <i>Sus derechos y responsabilidades</i> .....</b>		
<b>139</b>		
SECCIÓN 1	Nuestro plan debe respetar sus derechos y sensibilidades interculturales como miembro del plan.....	140
SECCIÓN 2	Usted tiene algunas responsabilidades como miembro del plan.....	146
<b>CAPÍTULO 9: <i>Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)</i> .....</b>		
<b>148</b>		
SECCIÓN 1	Introducción .....	149
SECCIÓN 2	Dónde obtener más información y asistencia personalizada .....	150
SECCIÓN 3	¿Qué proceso debe utilizar para tratar su problema? .....	150
SECCIÓN 4	Una guía de los fundamentos de las decisiones de cobertura y las apelaciones .....	151
SECCIÓN 5	Su atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación de una decisión de cobertura .....	154
SECCIÓN 6	Medicamentos con receta de la Parte D: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.....	163
SECCIÓN 7	Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada si usted considera que está siendo dado de alta demasiado pronto.....	173
SECCIÓN 8	Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo algunos servicios médicos si siente que su cobertura está terminando demasiado pronto.....	178
SECCIÓN 9	Cómo llevar su apelación al Nivel 3 y más allá.....	182
SECCIÓN 10	Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el Servicios para Miembros u otras inquietudes .....	185
<b>CAPÍTULO 10: <i>Cancelación de su membresía en el plan</i> .....</b>		
<b>189</b>		
SECCIÓN 1	Introducción a cómo cancelar su membresía en nuestro plan.....	190
SECCIÓN 2	¿Cuándo puede cancelar su membresía en nuestro plan? .....	190
SECCIÓN 3	¿Cómo puede cancelar su membresía en nuestro plan?.....	191

**Índice**

---

SECCIÓN 4	Hasta que se cancele su membresía, debe seguir recibiendo sus medicamentos, artículos y servicios médicos a través de nuestro plan .....	192
SECCIÓN 5	RiverSpring Star (HMO I-SNP) debe finalizar su participación en el plan en ciertas situaciones.....	192
<b>CAPÍTULO 11:</b>	<b><i>Avisos legales</i></b> .....	<b>195</b>
SECCIÓN 1	Aviso sobre leyes vigentes.....	196
SECCIÓN 2	Aviso sobre no discriminación.....	196
SECCIÓN 3	Aviso sobre los derechos de subrogación del pagador secundario de Medicare.....	196
<b>CAPÍTULO 12:</b>	<b><i>Definiciones de palabras importantes</i></b> .....	<b>197</b>

# CAPÍTULO 1:

*Primeros pasos como miembro*

---

**SECCIÓN 1      Introducción**

---

<b>Sección 1.1</b>	<b>Actualmente, está inscrito en RiverSpring Star (HMO I-SNP), que es un plan especializado de Medicare Advantage (Plan de necesidades especiales)</b>
--------------------	--

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 especiales. RiverSpring Star (HMO I-SNP) está diseñado para personas que viven en una institución (como un hogar de ancianos) y/o en la comunidad, pero necesitan un nivel de atención que generalmente se proporciona en un hogar de ancianos.

Nuestro plan incluye proveedores especializados en el tratamiento de pacientes que necesitan este nivel de atención. Como miembro del plan, usted obtiene beneficios especialmente diseñados y todo su servicio de atención estará coordinado por medio de nuestro plan.

**La cobertura según este plan califica como Cobertura de salud que reúne los requisitos (QHC) y cumple con el requisito de responsabilidad compartida individual de la Ley de protección del paciente y cuidado de salud de bajo costo (ACA).** Visite el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (IRS) en: [www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families](http://www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families) para obtener más información.

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

Este documento de *Evidencia de Cobertura* describe cómo puede obtener atención médica y medicamentos con receta. Explica sus derechos y responsabilidades, qué está cubierto, lo que le corresponde pagar a usted 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 que usted tiene disponibles como miembro de RiverSpring Star (HMO I-SNP).

Es importante que sepa cuáles son las normas del plan y cuáles son los servicios que están a su disposición. Le recomendamos que dedique un tiempo a leer este documento sobre la *Evidencia de Cobertura*.

Si hay algún tema que lo confunde o le preocupa, o simplemente tiene una pregunta, comuníquese con Servicios para Miembros.

**Capítulo 1 Primeros pasos como miembro**

---

**Sección 1.3 Información legal sobre la Evidencia de Cobertura**

Esta *Evidencia de Cobertura* forma parte de nuestro contrato con usted sobre cómo RiverSpring Star (HMO I-SNP) cubre su atención. Las otras partes de este contrato incluyen el formulario de inscripción, la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* y cualquier aviso que reciba de nuestra parte sobre las modificaciones en su cobertura o condiciones que puedan afectar su cobertura. En ocasiones, estos avisos se denominan *cláusulas adicionales* o *enmiendas*.

El contrato es válido durante los meses en los que esté inscrito en el plan RiverSpring Star (HMO I-SNP) entre el 1.º de enero de 2025 y el 31 de diciembre de 2025.

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 2025. También podemos decidir dejar de ofrecer el plan en su área de servicio después del 31 de diciembre de 2025.

Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) debe aprobar RiverSpring Star (HMO I-SNP) todos los años. Puede seguir obteniendo la cobertura de Medicare como miembro de nuestro plan solo si decidimos continuar ofreciendo el plan y si Medicare renueva la aprobación del plan.

---

**SECCIÓN 2 ¿Qué requisitos son necesarios para ser miembro del plan?**

---

**Sección 2.1 Sus requisitos de elegibilidad**

Usted es elegible para ser miembro de nuestro plan, siempre y cuando cumpla con estos requisitos:

- Tenga tanto la Parte A como la Parte B de Medicare.
- -- y -- viva en nuestra área de servicio geográfica (la Sección 2.2, que se encuentra más abajo, describe el área de servicio). Las personas encarceladas no se consideran habitantes del área geográfica de servicio incluso si se encuentran físicamente en ella.
- -- y -- sea ciudadano estadounidense o resida legalmente en los Estados Unidos.
- -- y -- cumpla con los requisitos especiales de elegibilidad que se describen a continuación.

**Requisitos especiales de elegibilidad para nuestro plan**

Nuestro plan está diseñado para cumplir con las necesidades especiales de las personas que requieren un nivel de atención que generalmente es proporcionado en un hogar de atención médica especializada.

**Capítulo 1 Primeros pasos como miembro**

---

Para ser elegible para nuestro plan, debe cumplir con *uno de los dos* requisitos que figuran a continuación.

- Usted vive en un centro de cuidados disponible a través de nuestro plan. Consulte el *Directorio de proveedores* del plan [www.RiverSpringHealthPlans.org](http://www.RiverSpringHealthPlans.org) para obtener una lista de los hogares de ancianos contratados o llame a Servicios Miembros y pídanos que le enviemos una lista.
- -- o bien -- vive en su hogar y nuestro plan ha obtenido la certificación de que necesita el tipo de atención que generalmente se brinda en un hogar de ancianos.

Tenga en cuenta lo siguiente: Si pierde su elegibilidad, pero se puede esperar razonablemente que la vuelva a obtener en un plazo de 3 meses, entonces aún es elegible para ser miembro de nuestro plan (la Sección 2.1 del Capítulo 4 le informa sobre la cobertura y el costo compartido durante un periodo de elegibilidad continua considerado).

<b>Sección 2.2</b>	<b>Esta es el área de servicio del plan para RiverSpring Star (HMO I-SNP)</b>
--------------------	---

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

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

Si tiene pensado 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 contamos con algún plan en el área nueva. Cuando se mude, tendrá un Período de inscripción especial que le permitirá cambiar a Medicare Original o inscribirse en un plan de salud de Medicare o de medicamentos disponible en su nueva ubicación.

También es importante que usted llame al Seguro Social si se muda o cambia su dirección postal. Puede encontrar los números de teléfono y la información de contacto del Seguro Social en la Sección 5 del Capítulo 2.

<b>Sección 2.3</b>	<b>Ciudadanía estadounidense o presencia legal</b>
--------------------	--

Un miembro del plan de salud de Medicare debe ser ciudadano 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 según este requisito. RiverSpring Star (HMO I-SNP) debe cancelar su inscripción si usted no cumple con este requisito.

## SECCIÓN 3 Materiales importantes para miembros que recibirá

### Sección 3.1 Tarjeta de miembro del plan

Mientras sea un miembro de nuestro plan, debe usar su tarjeta de miembro cada vez que reciba servicios cubiertos por este plan y para los medicamentos con receta que obtenga en las farmacias de la red. También debe mostrarle su tarjeta de Medicaid al proveedor, si corresponde. A continuación, encontrará un modelo de la tarjeta de miembro para que tenga una idea de cómo será la suya:



NO debe usar la tarjeta roja, blanca y azul de Medicare para obtener los 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. Guarde su tarjeta de Medicare en un lugar seguro. Es posible que deba presentarla si necesita servicios hospitalarios, servicios de hospicio o hacerse estudios de investigación clínica aprobados por Medicare, también denominados ensayos clínicos.

Si la tarjeta de miembro del plan se daña, se le pierde o se la roban, llame de inmediato a Servicios para Miembros para que le enviemos una tarjeta nueva.

### Sección 3.2 Directorio de proveedores y farmacias

El *Directorio de proveedores y farmacias* enumera nuestros proveedores de la red actuales y los proveedores de equipo médico duradero. 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 han acordado con nosotros aceptar nuestros pagos y cualquier costo compartido del plan como pago pleno.

Debe usar los proveedores de la red para obtener atención y servicios médicos. Si se atiende en otro lado sin la autorización adecuada, deberá pagar el costo 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 razonable 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.

## Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

---

La lista más actualizada de proveedores y farmacias también está disponible en nuestro sitio web en [www.RiverSpringHealthPlans.org](http://www.RiverSpringHealthPlans.org).

Si no tiene la copia del *Directorio de proveedores y farmacias*, puede solicitar una copia (en formato electrónico o impreso) a Servicios para Miembros. Las solicitudes de una copia impresa de los *Directorios de proveedores y farmacias* se le enviará por correo en el plazo de tres días hábiles.

### Sección 3.3 La Lista de medicamentos cubiertos (*Formulario*) del plan

El plan tiene una *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)*. Nosotros la denominamos “Lista de medicamentos” para abreviarla. 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, con la colaboración de un equipo de médicos y farmacéuticos, selecciona los medicamentos de la lista. La lista debe cumplir con los requisitos establecidos por Medicare. Medicare ha aprobado la Lista de medicamentos de RiverSpring Star (HMO I-SNP).

La lista de medicamentos le indica si existen restricciones para la cobertura de sus medicamentos.

Le brindaremos una copia de la Lista de medicamentos. Para obtener la información más completa y vigente sobre los medicamentos cubiertos, puede visitar el sitio web del plan, ([www.RiverSpringHealthPlans.org](http://www.RiverSpringHealthPlans.org)), o llamar a 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 de beneficio opcional complementario (Sección 4.3)
- Multa por inscripción tardía de la Parte D (Sección 4.4)
- Importe ajustado mensual relacionado con los ingresos (Sección 4.5)
- Monto del plan de pago de recetas de Medicare (Sección 4.6)

### En algunos casos, la prima del plan podría ser menor

Hay programas que ayudan a las personas con recursos limitados a pagar los medicamentos. Entre estos programas, se incluyen el programa de Ayuda Extra (“Extra Help”) y el Programa estatal de asistencia farmacéutica. La Sección 7 del Capítulo 2 le brinda más información sobre estos programas. Si reúne los requisitos, la inscripción en el programa podría reducir la prima mensual del plan.

**Capítulo 1 Primeros pasos como miembro**

---

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 enviamos un anexo por separado, denominado *Anexo de la Evidencia de Cobertura para las personas que reciben la Ayuda Extra (“Extra Help”) para pagar sus medicamentos con receta* (también llamado *Cláusula Adicional del Subsidio por Bajos Ingresos o “LIS” Rider*), que le informa acerca de la cobertura de sus medicamentos. Si no posee este inserto, comuníquese con Servicios para Miembros y pida la *“LIS” Rider*.

Las primas de la Parte B y la Parte D de Medicare varían para las personas que tienen distintos ingresos. Si tiene preguntas sobre estas primas, revise su copia del folleto *Medicare y Usted 2025*, la sección titulada *Costos de Medicare de 2025 (2025 Medicare Costs)*. Si necesita una copia, puede descargarla desde el sitio web de Medicare, ([www.medicare.gov/medicare-and-you](http://www.medicare.gov/medicare-and-you)). O bien, puede solicitar una copia impresa por teléfono al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas, 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 2025, la prima mensual de RiverSpring Star (HMO I-SNP) es de \$26.30.

**Sección 4.2 Prima mensual de la Parte B de Medicare****A muchos miembros se les exige que paguen otras primas de Medicare**

Además de pagar la prima mensual del plan, **debe seguir pagando sus primas de Medicare para seguir siendo miembro del plan**. Esto incluye su prima para la Parte B. También puede incluir 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 de la Parte D es una prima adicional que debe pagarse por la cobertura de la Parte D si en algún momento después de que termine su período de inscripción inicial, hay un período de 63 días consecutivos o más en los que usted no tuvo la Parte D o cualquier otra cobertura acreditable para medicamentos con receta. La cobertura acreditable para medicamentos con receta es la cobertura que cumple con los estándares mínimos de Medicare, ya que se espera que pague, en promedio, al menos, lo mismo que la cobertura para medicamentos con receta estándar de Medicare. El costo de la multa por inscripción tardía depende de cuánto tiempo estuvo sin la Parte D o sin otra cobertura acreditable para medicamentos con receta. Tendrá que pagar esta multa mientras tenga la 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.

## Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

---

No **tendrá** que pagarla si se cumple lo siguiente:

- Usted recibe Ayuda Extra (“Extra Help”) de Medicare para pagar sus medicamentos con receta.
- Han transcurrido menos de 63 días consecutivos sin cobertura acreditable.
- Usted ha tenido cobertura para medicamentos acreditable a través de otra fuente, como un empleador, sindicato, TRICARE o la Administración de la Salud de los Veteranos (VA). Su aseguradora o el departamento de recursos humanos le avisarán cada año si su cobertura para medicamentos es una cobertura acreditable. Esta información se le enviará por carta o se incluirá en un boletín informativo del plan. Conserve esta información, porque puede necesitarla si se une, en el futuro, al plan de medicamentos de Medicare.
  - **Nota:** Cualquier aviso debe indicar que tenía una cobertura para medicamentos con receta acreditable que se preveía que pagaría el mismo monto que el plan estándar para medicamentos con receta de Medicare.
  - **Nota:** Las siguientes no son una cobertura para medicamentos con receta acreditable: tarjetas de descuento para medicamentos con receta, clínicas gratis y sitios web de descuentos en medicamentos.

**Medicare determina el monto de la multa.** Esta es la manera en que funciona:

- Si estuvo 63 días o más sin la Parte D u otra cobertura acreditable 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 cobertura acreditable. Por ejemplo, si pasa 14 meses sin cobertura, la multa será del 14%.
- Luego, Medicare determina el monto de la prima mensual promedio para los planes de medicamentos de Medicare en la nación desde el año anterior. Para 2024, este monto promedio de la prima es de \$34.70. Este monto puede cambiar para 2025.
- Para calcular su multa mensual, usted multiplica el porcentaje de la multa y la prima mensual promedio y, luego, redondea a los 10 centavos más cercanos. En el ejemplo, sería 14% multiplicado por \$34.70, que es igual a \$4.85. Esto debe redondearse a \$4.90. Este monto se agregará **a la prima mensual de una persona que deba pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D.**

Hay tres aspectos importantes a tener en cuenta con respecto a esta multa mensual por la multa por inscripción tardía de la Parte D:

- Primero, **la multa puede cambiar cada año**, ya que la prima mensual promedio puede cambiar cada año.
- Segundo, **usted seguirá pagando una multa** cada mes durante el tiempo que esté inscrito en un plan que incluya los beneficios de medicamentos de la Parte D de Medicare, incluso si cambia de plan.

**Capítulo 1 Primeros pasos como miembro**

---

- Tercero, si es menor de 65 y actualmente recibe los beneficios de Medicare, la multa por inscripción tardía en la Parte D se reajustará cuando cumpla 65 años. Después de los 65 años, la multa por inscripción tardía de la Parte D se basará solo en los meses en los que no tenga cobertura después del período de inscripción inicial para envejecer en Medicare.

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

<b>Sección 4.4</b>	<b>Importe ajustado mensual relacionado con los ingresos</b>
--------------------	--

Es posible que algunos miembros deban pagar un cargo adicional, conocido como el monto de ajuste mensual relacionado con el ingreso, también conocido como IRMAA, de la Parte D. El cargo adicional se calcula usando su ingreso bruto ajustado modificado, como se informó en su declaración de impuestos del Servicio de Impuestos Internos (IRS) de hace dos años. Si este monto está por encima de cierto monto, pagará el monto estándar de la prima y el IRMAA adicional. Para obtener más información sobre el monto adicional que posiblemente deba pagar conforme a sus ingresos, visite <https://www.medicare.gov/drug-coverage-part-d/costs-for-medicare-drug-coverage/monthly-premium-for-drug-plans>.

Si debe pagar un monto adicional, el Seguro Social, no su plan de Medicare, le enviará una carta en la que se le indicará cuál será ese monto adicional. El monto adicional será retenido de su cheque de beneficios del Seguro Social, de la Junta de Jubilación Ferroviaria o de la Oficina de Administración de personal, independientemente de cómo pague siempre su prima del plan, a menos que su beneficio mensual no sea suficiente para cubrir el monto adicional adeudado. Si el monto de su cheque de beneficios no cubre el monto adicional, recibirá una factura de Medicare. **Deberá pagar el monto adicional al gobierno. No se puede pagar con su prima mensual del plan. Si no paga el monto adicional, su inscripción en el plan se cancelará y perderá la cobertura para medicamentos con receta.**

Si está en desacuerdo con pagar un monto adicional, 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).

<b>Sección 4.5</b>	<b>Monto del plan de pago de recetas de Medicare</b>
--------------------	--

Si está participando en el plan de pago de recetas de Medicare, cada mes pagará la prima del plan (si la tiene) y recibirá una factura de su plan de salud o de medicamentos por sus medicamentos con receta (en lugar de pagar en la farmacia). Su factura mensual se basa en lo que debe por cualquier receta que obtenga, además del saldo del mes anterior, dividido por la cantidad de meses que le restan del año.

**Capítulo 1 Primeros pasos como miembro**

---

La Sección 7 del Capítulo 2 explica más acerca del plan de pago de recetas de Medicare. Si no está de acuerdo con el monto facturado como parte de esta opción de pago, puede seguir los pasos descritos en el Capítulo 9 para presentar una queja o apelación.

---

**SECCIÓN 5 Más información sobre su prima mensual**

---

**Sección 5.1 Existen diversas formas de pagar la prima del 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 15 del próximo mes luego de recibir la factura. Si pierde el sobre con franqueo pago, puede solicitar otro a 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: Puede pedir que la prima del plan se descuenta de su cheque mensual del Seguro Social.**

Puede pedir que la prima del plan se descuenta de su cheque mensual del Seguro Social. Para obtener más información sobre cómo pagar la prima del plan de esta forma, póngase en contacto con Servicios para Miembros. Con gusto lo ayudaremos a establecer esta modalidad. (Los números de teléfono de Servicios para Miembros aparecen en la contraportada de este manual).

**Cambiar la forma en que usted paga la prima del plan**

Si decide cambiar la opción de pago de la prima del plan, el nuevo método de pago puede tardar hasta tres meses en entrar en vigencia. Mientras procesamos su solicitud para un nuevo método de pago, usted es responsable de asegurarse de que la prima de su plan se pague a tiempo. Para cambiar su método de pago, llame a Servicios para Miembros al 1-800-580-7000.

**Qué puede hacer si tiene problemas para pagar la prima del plan**

Debe pagar la prima de su plan en nuestra oficina 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 participación en el plan finalizará si no recibimos la prima de su plan dentro de 30 días.

**Capítulo 1 Primeros pasos como miembro**

---

Si se le exige pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D, debe pagar la multa para mantener su cobertura para medicamentos con receta.

Si tiene problemas para pagar su prima a tiempo, comuníquese con Servicios para Miembros para ver si podemos referirlo a programas que lo ayuden con los costos.

Si cancelamos su membresía porque no pagó su prima, Medicare Original brindará su cobertura médica. Además, posiblemente no podrá recibir la cobertura de la Parte D hasta el año siguiente si se inscribe en un plan nuevo durante el periodo de inscripción anual. (Si supera los 63 días sin cobertura para medicamentos acreditable, tal vez tenga que pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D mientras tenga la cobertura de la Parte D).

En el momento en que cancelemos su membresía, es posible que nos siga debiendo las primas que aún no haya pagado. 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 cancelamos su membresía por error, puede presentar una queja (también denominado reclamo); consulte el Capítulo 9 para obtener información sobre cómo presentar una queja. Si experimentó una circunstancia de emergencia de fuerza mayor que le impidió pagar su prima del plan dentro de nuestro período de gracia, puede presentar una queja. En el caso de las quejas, revisaremos nuestra decisión nuevamente. La Sección 10 del Capítulo 9 de este documento le indica cómo presentar una queja, o puede llamarnos al 1-800-580-7000 de 8 a.m. a 8 p.m. hora del Este. Los usuarios de TTY deben llamar al 711. Debe realizar la solicitud antes de los 60 días calendario posteriores a la fecha en que se cancela su membresía.

<b>Sección 5.2</b>	<b>¿Podemos modificar la prima mensual de su plan durante el año?</b>
--------------------	---

**No.** No podemos cambiar el monto que cobramos por la prima mensual del plan durante el año. Si la prima mensual del plan llegara a cambiar el próximo año, se lo informaremos en septiembre y la modificación entrará en vigencia el 1.º de enero.

No obstante, en algunos casos, es posible que la parte que le corresponde pagar a usted de la prima sufra algunas modificaciones durante el año. Por ejemplo, si resulta ser elegible para el programa Ayuda Extra (“Extra Help”) o si pierde su elegibilidad para el programa Ayuda Extra (“Extra Help”) durante el año. Si un miembro es elegible para recibir Ayuda Extra (“Extra Help”) para pagar los costos de sus medicamentos con receta, el programa Ayuda Extra (“Extra Help”) pagará parte de la prima mensual del plan del miembro. El miembro que pierda su elegibilidad durante el año, deberá comenzar a pagar su prima mensual completa. En la Sección 7 del Capítulo 2, encontrará más información sobre el programa Ayuda Extra (“Extra Help”).

---

## **SECCIÓN 6      Mantener actualizado su registro de miembro del plan**

---

Su registro de miembro contiene información del formulario de inscripción, incluso su dirección y número de teléfono. Detalla la cobertura específica de su plan, incluido su proveedor de atención primaria y grupo médico.

Los médicos, hospitales, farmacéuticos y demás proveedores de la red del plan deben tener información correcta sobre usted. **Estos proveedores de la red utilizan su registro de miembro para saber cuáles son los servicios y medicamentos que están cubiertos y los montos de costo compartido.** Es por ello que es muy importante que nos ayude a mantener actualizada su información.

### **Infórmenos sobre las siguientes modificaciones:**

- Cambios en su nombre, dirección o número de teléfono.
- Cambios en cualquier otra cobertura de seguro de salud que tenga (por ejemplo, de su empleador, del empleador de su cónyuge o pareja doméstica, compensación laboral o Medicaid).
- Si existe alguna reclamación de responsabilidad civil, por ejemplo, por un accidente automovilístico.
- Si fue ingresado en un centro de cuidados.
- Si recibe atención en un hospital o una sala de emergencias que se encuentran fuera del área de cobertura o fuera de la red.
- Si cambia la parte responsable designada por usted (como un cuidador).
- Si está participando en un estudio de investigación clínica (**Nota:** No está obligado a informarle a su plan sobre los estudios de investigación clínica en los que tiene la intención de participar, pero lo alentamos a que lo haga).

Si cualquiera de esta información cambia, infórmenos sobre esto llamando a Servicios para Miembros.

También es importante que se ponga en contacto con el Seguro Social si se muda o cambia su dirección postal. Puede encontrar los números de teléfono y la 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 le pidamos información sobre la cobertura de cualquier otro seguro médico o para medicamentos que tenga. Esto se debe a que tenemos que coordinar las demás coberturas que tenga con los beneficios que obtiene de nuestro plan. A esto se lo denomina **coordinación de beneficios**.

Una vez por año le enviaremos una carta con el detalle de las demás coberturas médicas o para medicamentos de las que tengamos conocimiento. Lea atentamente esta información. Si es correcta, no será necesario que haga nada. Si la información es incorrecta o si tiene alguna otra cobertura que no está incluida en la lista, llame a Servicios para Miembros. Es posible que sus otros aseguradores le pidan el número de identificación de miembro del plan (una vez que haya confirmado su identidad) para que sus facturas se paguen correctamente y a tiempo.

Cuando tiene otro seguro (como una cobertura de salud grupal del empleador), hay normas establecidas por Medicare que determinan si nuestro plan o su otro seguro paga primero. El seguro que primero paga se denomina pagador principal y paga hasta el máximo de su cobertura. El que paga en segundo término, denominado pagador secundario, solo paga si quedaron costos sin cubrir de la cobertura principal. El pagador secundario puede no pagar todos los costos sin cubrir. Si usted tiene otro seguro, infórmele a su médico, hospital y farmacia.

Estas normas se aplican para la cobertura del plan de salud de un sindicato o empleador:

- Si tiene una cobertura de jubilados, Medicare paga primero.
- Si la cobertura de su plan de salud grupal se basa en su empleo actual o el de un miembro de su familia, el pagador primario dependerá de su edad, la cantidad de trabajadores del empleador y si usted tiene Medicare debido a su edad, una discapacidad o enfermedad renal terminal (ESRD):
  - Si es menor de 65 años y está discapacitado, y usted o un miembro de su familia todavía trabajan, su plan de salud grupal paga primero si el empleador tiene 100 o más empleados o si este es parte de un plan de empleadores múltiples en el cual, al menos, uno de ellos tiene más de 100 empleados.
  - Si es mayor de 65 años y usted, su cónyuge o pareja doméstica todavía trabajan, su plan de salud grupal paga en primer lugar si el empleador tiene 20 empleados o más, o si este es parte de un plan de empleadores múltiples en el cual, al menos, uno de ellos tiene más de 20 empleados.
- Si usted tiene Medicare debido a una ESRD, su plan de salud grupal pagará en primer lugar durante los primeros 30 meses luego de haber sido elegible para Medicare.

**Capítulo 1 Primeros pasos como miembro**

---

Estos tipos de cobertura, generalmente, pagan primero por servicios relacionados con cada tipo:

- Seguro sin culpa (incluido el seguro automovilístico).
- Responsabilidad (incluido el seguro automovilístico).
- Beneficios de pulmón negro
- Compensación laboral.

Medicaid y TRICARE nunca pagan primero por servicios cubiertos por Medicare. Solo pagan después de que Medicare, los planes de salud grupales del empleador o Medigap hayan pagado.

# CAPÍTULO 2:

*Números de teléfono  
y recursos importantes*

---

## **SECCIÓN 1      Contactos de RiverSpring Star (HMO I-SNP)** **(cómo comunicarse con nosotros, incluso cómo comunicarse con Servicios para Miembros)**

---

### **Cómo puede ponerse en contacto con Servicios para Miembros del plan**

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

<b>Método</b>	<b>Servicios para Miembros: información de contacto</b>
<b>LLAME AL</b>	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.  Servicios para Miembros también ofrece un servicio gratuito de interpretación para las personas que no hablan inglés.
<b>TTY</b>	711  Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla.  Las llamadas a este número son gratuitas, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
<b>ESCRIBA A</b>	RiverSpring Star (HMO I-SNP) 80 West 225 <sup>th</sup> Street Bronx, New York 10463
<b>SITIO WEB</b>	<a href="http://www.RiverSpringHealthPlans.org">www.RiverSpringHealthPlans.org</a>

### **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 con respecto a sus beneficios y la 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 pedirnos revisar y modificar una decisión de cobertura que hayamos tomado. Para obtener más información sobre cómo solicitar decisiones de cobertura o apelaciones para atención médica o medicamentos con receta de la Parte D, consulte el Capítulo 9 (*Qué debe hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]*).

<b>Método</b>	<b>Decisiones de cobertura y apelaciones de atención médica: información de contacto</b>
<b>LLAME AL</b>	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.
<b>TTY</b>	711  Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla.  Las llamadas a este número son gratuitas, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
<b>ESCRIBA A</b>	RiverSpring Star (HMO I-SNP) 80 West 225 <sup>th</sup> Street Bronx, New York 10463
<b>SITIO WEB</b>	<a href="http://www.RiverSpringHealthPlans.org">www.RiverSpringHealthPlans.org</a>

<b>Método</b>	<b>Decisiones de cobertura sobre los medicamentos con receta de la Parte D: información de contacto</b>
<b>LLAME AL</b>	1-800-935-6103  Las llamadas a este número son gratuitas las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
<b>TTY</b>	1-800-716-3231  Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla.  Las llamadas a este número son gratuitas las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
<b>FAX</b>	1-877-251-5896
<b>ESCRIBA A</b>	Express Scripts Attn: Medicare Reviews P.O. Box 66571 St. Louis, MO 63166-6571
<b>SITIO WEB</b>	<a href="http://www.express-scripts.com">www.express-scripts.com</a>

<b>Método</b>	<b>Apelaciones sobre los medicamentos con receta de la Parte D: información de contacto</b>
<b>LLAME AL</b>	1-800-935-6103  Las llamadas a este número son gratuitas las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
<b>TTY</b>	1-800-716-3231 Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla.  Las llamadas a este número son gratuitas las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
<b>FAX</b>	1-877-251-5896
<b>ESCRIBA A</b>	Express Scripts Attn: Medicare Appeals P.O. Box 66588 St. Louis, MO 63166-6571
<b>SITIO WEB</b>	<a href="http://www.express-scripts.com">www.express-scripts.com</a>

### **Cómo puede comunicarse con nosotros para presentar una queja sobre su atención médica**

Puede presentar una queja sobre nosotros o sobre alguno de nuestros proveedores o farmacias de la red, incluso respecto de la calidad de su atención. Este tipo de reclamo no está relacionado con disputas de cobertura ni de pago. Para obtener más información sobre cómo presentar una queja sobre su atención médica, consulte el Capítulo 9 (*Qué debe hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]*).

<b>Método</b>	<b>Quejas sobre la atención médica: información de contacto</b>
<b>LLAME AL</b>	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.
<b>TTY</b>	711 Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla.  Las llamadas a este número son gratuitas, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

<b>Método</b>	<b>Quejas sobre la atención médica: información de contacto</b>
<b>ESCRIBA A</b>	RiverSpring Star (HMO I-SNP) 80 West 225 <sup>th</sup> Street Bronx, New York 10463
<b>SITIO WEB DE MEDICARE</b>	Puede presentar una queja relacionada con RiverSpring Star (HMO I-SNP) directamente a Medicare. Para presentar una queja por Internet ante Medicare, ingrese en <a href="http://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx">www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx</a> .

<b>Método</b>	<b>Quejas sobre los medicamentos con receta de la Parte D: Información de contacto</b>
<b>LLAME AL</b>	1-844-670-8836  Las llamadas a este número son gratuitas las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
<b>TTY</b>	1-800-899-2114 Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla.  Las llamadas a este número son gratuitas, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
<b>ESCRIBA A</b>	Express Scripts Grievance Resolution Team P.O. Box 3610 Dublin, OH 43016-0307
<b>SITIO WEB DE MEDICARE</b>	Puede presentar una queja relacionada con RiverSpring Star (HMO I-SNP) directamente a Medicare. Para presentar una queja por Internet ante Medicare, ingrese en <a href="http://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx">www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx</a> .

**Dónde enviar una solicitud en la que se nos pide que paguemos la parte que nos corresponde del costo de la atención médica o de un medicamento que recibió**

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

Tenga en cuenta lo siguiente: si nos envía una solicitud de pago y le denegamos alguna parte de su solicitud, puede apelar nuestra decisión. Para obtener más información, consulte el Capítulo 9 (*Qué debe hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]*).

<b>Método</b>	<b>Solicitudes de pago: información de contacto</b>
<b>LLAME AL</b>	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.
<b>TTY</b>	711 Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
<b>ESCRIBA A</b>	RiverSpring Star (HMO I-SNP) 80 West 225 <sup>th</sup> Street Bronx, New York 10463
<b>SITIO WEB</b>	<a href="http://www.RiverSpringHealthPlans.org">www.RiverSpringHealthPlans.org</a>

<b>Método</b>	<b>Solicitudes de pago de medicamentos con receta de la Parte D: Información de contacto</b>
<b>LLAME AL</b>	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.
<b>TTY</b>	711 Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
<b>FAX</b>	1-608-741-5483
<b>ESCRIBA A</b>	Express Scripts Attn: Medicare Part D PO Box 14718 Lexington, KY 40512-4718

Método	Solicitudes de pago de medicamentos con receta de la Parte D: Información de contacto
<b>SITIO WEB</b>	www.express-scripts.com

---

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

---

Medicare es el programa federal de seguros médicos destinado a personas mayores de 65 años, algunas personas menores de 65 años 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 denominados CMS). Esta agencia celebra contratos con organizaciones de Medicare Advantage, incluidos nosotros.

Método	Medicare: información de contacto
<b>LLAME AL</b>	1-800-MEDICARE, o 1-800-633-4227 Las llamadas a este número son gratuitas. Durante las 24 horas, los 7 días de la semana.
<b>TTY</b>	1-877-486-2048 Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas.
<b>SITIO WEB</b>	<u><a href="http://www.medicare.gov">www.medicare.gov</a></u> Este es el sitio web gubernamental oficial de Medicare. Proporciona información actualizada sobre Medicare y cuestiones actuales relacionadas con Medicare. También contiene información sobre hospitales, centros de cuidados, médicos, agencias de atención médica a domicilio y centros de diálisis. Incluye documentos que se pueden imprimir directamente de su computadora. También puede encontrar la información de contacto de Medicare de su estado. El sitio web de Medicare también tiene información detallada sobre las opciones de elegibilidad e inscripción de Medicare con las siguientes herramientas: <ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Herramienta de elegibilidad de Medicare:</b> brinda información sobre el estado de elegibilidad de Medicare.</li><li>• <b>Localizador de planes de Medicare:</b> brinda información personalizada sobre los planes de medicamentos con receta de Medicare, los planes de salud de Medicare y las pólizas Medigap (seguro complementario de Medicare) disponibles en</li></ul>

Método	Medicare: información de contacto
	<p>su área. Estas herramientas brindan un <i>valor estimativo</i> de los costos que podría pagar de su bolsillo en diferentes planes de Medicare.</p> <p>También puede usar el sitio web para informar a Medicare cualquier queja que tenga sobre RiverSpring Star (HMO I-SNP):</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Informe a Medicare sobre su queja:</b> Puede presentar una queja relacionada con RiverSpring Star (HMO I-SNP) directamente a Medicare. Para presentar una queja ante Medicare, ingrese en <a href="http://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx">www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx</a>. Medicare toma sus reclamos seriamente y utilizará esta información para mejorar la calidad del programa de Medicare.</li></ul> <p>Si no tiene una computadora, la biblioteca o el centro para personas mayores locales pueden ayudarlo a ingresar en el sitio web con sus computadoras. O bien, puede llamar a Medicare para pedirles la información que está buscando. Ellos buscarán la información en el sitio web y revisarán la información con usted. (Puede llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).</p>

---

### **SECCIÓN 3 Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (ayuda gratuita, información y respuestas a sus preguntas sobre Medicare)**

---

El Programa estatal de asistencia en seguros de salud (SHIP) es un programa gubernamental que cuenta con asesores capacitados en todos los estados. En New York, el SHIP se denomina Programa de asistencia, asesoría e información sobre seguros de salud (HIICAP).

HIICAP es un programa estatal independiente (que no tiene relación con ninguna empresa de seguros ni plan de salud) que recibe fondos del gobierno federal con el propósito de brindar asesoramiento sobre seguros de salud, a nivel local y de forma gratuita, a las personas que tienen Medicare.

Los asesores del HIICAP pueden ayudarlo a que entienda sus derechos en relación con Medicare, a presentar quejas sobre la atención o el tratamiento médicos y a solucionar problemas con las facturas de Medicare. Los asesores del HIICAP también pueden ayudarlo a abordar las preguntas o los problemas que tenga respecto de Medicare, a comprender las opciones de los planes de Medicare y a responder preguntas sobre cómo cambiar de plan.

**MÉTODO DE ACCESO A SHIP y OTROS RECURSOS:**

- Visite <https://www.shiphelp.org> (haga clic en LOCALIZADOR DE SHIP [SHIP LOCATOR] en el medio de la página).
- Seleccione su **ESTADO** de la lista. Lo llevará a una página que tiene los números de teléfono y recursos específicos de su estado.

<b>Método</b>	<b>Programa de Información, Asesoramiento y Ayuda sobre Seguros de Salud (HIICAP) de la Oficina de la Tercera Edad: (SHIP de New York): Información de contacto</b>
<b>LLAME AL</b>	1-800-701-0501
<b>TTY</b>	1-212-504-4115 Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla.
<b>ESCRIBA A</b>	<i>New York City</i> Health Insurance Information Counseling and Assistance Program: 2 Lafayette Street 7th Floor New York, NY 10007-1392  <i>Nassau County</i> Nassau County HIICAP Office 100 E Old Country Road, Suite 18 Mineola, NY 11501  <i>Westchester County</i> Department of Senior Programs & Services 9 South First Avenue, 10th Floor Mt. Vernon, NY 10550
<b>SITIO WEB</b>	<a href="https://aging.ny.gov/health-insurance-information-counseling-and-assistance">https://aging.ny.gov/health-insurance-information-counseling-and-assistance</a>

---

## **SECCIÓN 4 Organización para la mejora de la calidad**

---

Esta es una Organización para la mejora de la calidad designada para atender a los beneficiarios de Medicare en cada estado. En New York, la Organización para la mejora de la calidad se llama Livanta.

Livanta está equipada con un grupo de médicos y otros profesionales de salud a los que Medicare les paga por evaluar y ayudar a mejorar la calidad de la atención que se brinda a las personas que tienen Medicare. Livanta es una organización independiente. No tiene ninguna relación con nuestro plan.

Debe comunicarse con Livanta ante cualquiera de estas situaciones:

- Si tiene un reclamo sobre la calidad de la atención que recibió.
- Si cree que la cobertura para su hospitalización finaliza demasiado pronto.
- Si cree que la cobertura de atención médica a domicilio, servicios en centros de atención de enfermería especializada o servicios en centros de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF) finaliza demasiado pronto.

<b>Método</b>	<b>Livanta: (Organización para la mejora de la calidad del estado de New York): Información de contacto</b>
<b>LLAME AL</b>	1-866-815-5440  Horario de atención: De lunes a viernes: de 9:00 a.m a 5:00 p.m. Fines de semana/Feriados: de 10:00 a.m a 4:00 p.m.
<b>TTY</b>	711  Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla.
<b>ESCRIBA A</b>	Livanta LLC BFCC-QIO Program 10820 Guilford Road, Suite 202 Annapolis Junction, MD 20701
<b>SITIO WEB</b>	<a href="http://www.livantaqio.cms.gov/en">www.livantaqio.cms.gov/en</a>

---

## **SECCIÓN 5 Seguro Social**

---

El Seguro Social es responsable de determinar la elegibilidad y manejar las inscripciones en Medicare. Los ciudadanos estadounidenses y los residentes legales permanentes de 65 años o más, o que tienen una discapacidad o padecen enfermedad renal terminal y cumplen con determinadas condiciones son elegibles para recibir Medicare. Si ya está recibiendo cheques del Seguro Social, la inscripción en Medicare es automática. Si no está recibiendo 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.

El Seguro Social también es responsable de determinar quién debe pagar un monto adicional por la cobertura de medicamentos de la Parte D debido a que tiene un ingreso mayor. Si recibió una carta de parte del Seguro Social en la que se indica que debe pagar el monto adicional y tiene preguntas sobre el monto, o si sus ingresos disminuyeron a causa de un evento que le cambió la vida, puede llamar al Seguro Social para solicitar una reconsideración.

Si se muda o cambia su dirección postal, es importante que se comuniquen con el Seguro Social para informar dichos cambios.

<b>Método</b>	<b>Seguro Social: información de contacto</b>
<b>LLAME AL</b>	1-800-772-1213 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 7:00 p. m. Puede utilizar los servicios telefónicos automáticos del Seguro Social para obtener información grabada y realizar algunas gestiones durante las 24 horas.
<b>TTY</b>	1-800-325-0778 Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 7:00 p. m.
<b>SITIO WEB</b>	<a href="http://www.ssa.gov">www.ssa.gov</a>

---

## **SECCIÓN 6      Medicaid**

---

Medicaid es un programa conjunto de los gobiernos federal y estatal que brinda ayuda con los costos médicos a determinadas personas con ingresos y recursos limitados. Algunos beneficiarios de Medicare también son elegibles para ser beneficiarios de Medicaid. Los programas que se ofrecen a través de Medicaid ayudan a las personas con Medicare a pagar sus costos de Medicare, como las primas de Medicare. Estos **Programas de ahorros de Medicare** incluyen:

- **Beneficiario calificado de Medicare (QMB):** ayuda a pagar las primas de la Parte A y la Parte B de Medicare, y otros costos compartidos (como deducibles, coseguro y copagos). (Algunos beneficiarios de QMB también son elegibles para beneficios totales de Medicaid [QMB+]).
- **Beneficiario de Medicare con ingresos bajos específicos (SLMB):** ayuda a pagar las primas de la Parte B. (Algunos beneficiarios de SLMB también son elegibles para beneficios totales de Medicaid [SLMB+]).

- **Persona que reúne los requisitos (QI):** ayuda a pagar las primas de la Parte B.
- **Trabajadores discapacitados calificados (QDWI):** 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 (Servicios Sociales) del estado de New York.

<b>Método</b>	<b>Departamento de Salud (Servicios Sociales) del estado de New York: Información de contacto</b>
<b>LLAME AL</b>	<p>Línea de ayuda de Medicaid de HRA: 1-888-692-6116</p> <p>Ciudad de New York: 718-557-1399 Disponible de lunes a viernes, de 8:30 a. m. a 5:00 p. m.</p> <p>Condado de Nassau: 516-227-8000 Disponible de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 4:00 p. m.</p> <p>Condado de Westchester: 914-995-3333 Disponible de lunes a viernes, de 8:30 a. m. a 5:00 p. m.</p>
<b>ESCRIBA A</b>	<p>New York City Human Resources Administration Medical Assistance Program Correspondence Unit 785 Atlantic Avenue, 1st Floor Brooklyn, NY 11238</p> <p>Nassau County Department of Social Services 60 Charles Lindbergh Boulevard Uniondale, NY 11553</p> <p>Westchester County Department of Social Services White Plains District Office 85 Court Street White Plains, NY 10601</p>
<b>SITIO WEB</b>	<p><a href="http://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/ldss.htm">www.health.ny.gov/health_care/medicaid/ldss.htm</a></p>

---

## **SECCIÓN 7 Información sobre programas que ayudan a las personas a pagar los medicamentos con receta**

---

El sitio web Medicare.gov (<https://www.medicare.gov/basics/costs/help/drug-costs>) proporciona información sobre cómo disminuir los costos de los medicamentos con receta. Para las personas con ingresos limitados, también existen otros programas que se describen a continuación.

### **Programa Ayuda Extra (“Extra Help”) de Medicare**

Medicare ofrece Ayuda Extra (“Extra Help”) para pagar los costos de los medicamentos con receta a personas que tienen ingresos y recursos limitados. Los recursos incluyen sus ahorros y acciones, pero no su casa ni su auto. Si reúne los requisitos, obtendrá ayuda para pagar la prima mensual del plan de medicamentos de Medicare, el deducible anual y los copagos de los medicamentos con receta. Esta Ayuda Extra (“Extra Help”) también cuenta para los costos que paga de su bolsillo.

Si usted califica automáticamente para la Ayuda Extra (“Extra Help”), Medicare le enviará una carta.

No tendrá que aplicar. Si no califica automáticamente, es posible que pueda obtener Ayuda Extra (“Extra Help”) para pagar las primas y los costos de los medicamentos con receta. Para saber si reúne los requisitos para recibir Ayuda Extra (“Extra Help”), llame:

- 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048 las 24 horas, 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; o
- A la oficina de Medicaid de su estado (Para obtener la información de contacto, consulte la Sección 6 de este capítulo).

Si cree que reúne los requisitos para recibir Ayuda Extra (“Extra Help”) y que cuando va a la farmacia a comprar un medicamento con receta está pagando una cantidad incorrecta correspondiente al costo compartido, nuestro plan tiene un proceso que le permite solicitar ayuda para conseguir las pruebas que demuestren cuál es su nivel de copago correcto, o que le permite entregarlas si es que ya tiene las pruebas.

- Envíe una copia de uno de los siguientes documentos al Departamento de Servicios para Miembros como evidencia de que califica para la Ayuda Extra (“Extra Help”). La dirección del Servicios para Miembros figura al principio de este capítulo. Envíe una copia de uno de los siguientes documentos:
  - Carta de adjudicación de la Ayuda Extra (“Extra Help”) por parte del Seguro Social
  - Una carta de información importante de la SSA que confirme que usted es “automáticamente elegible para la Ayuda Extra (“Extra Help”)”.

- Una vez recibida la copia, confirmaremos su nivel de copago de Ayuda Extra (“Extra Help”) 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 las pruebas que demuestren su nivel de copago, actualizaremos nuestro sistema para que pueda abonar el copago correcto cuando obtenga su próximo medicamento con receta en la farmacia. Si el copago que abona es superior a lo que le correspondería pagar, le reembolsaremos la diferencia. Para ello, le enviaremos un cheque por la diferencia o haremos una compensación en los futuros copagos. Si la farmacia no le ha cobrado el copago y lo tiene registrado como un monto que usted le adeuda, es posible que efectuemos el pago directamente a la farmacia. Si el estado pagó en su nombre, tal vez le paguemos directamente al estado. Si tiene alguna pregunta, póngase en contacto con Servicios para Miembros.

### **¿Qué ocurre si tiene Ayuda Extra (“Extra Help”) y cobertura del Programa estatal de asistencia farmacéutica (SPAP)?**

Muchos estados y las U.S. Virgin Islands ofrecen ayuda para pagar recetas, primas de planes de medicamentos u otros costos de medicamentos. Si está inscrito en un SPAP, la Ayuda Extra (“Extra Help”) de Medicare paga primero.

El programa de Cobertura de Seguro Farmacéutico para la Tercera Edad (EPIC) es un programa del estado de New York para personas mayores administrado por el Departamento de Salud. Ayuda a más de 325,000 personas mayores de 65 años que reúnen los requisitos de ingresos a complementar los costos de bolsillo de su plan de medicamentos de la Parte D de Medicare.

### **¿Qué ocurre si tiene Ayuda Extra (“Extra Help”) y cobertura del 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) ayuda a que las personas elegibles para el ADAP que tienen VIH/sida tengan acceso a medicamentos para el VIH que salvan vidas. Los medicamentos con receta de la Parte D de Medicare que también están en el formulario ADAP califican para la asistencia con los costos compartidos para medicamentos con receta a través de los Programas ADAP del Estado de New York, para pacientes con VIH que no tienen seguro médico.

**Nota:** Para ser elegible para el ADAP que funciona en su estado, las personas deben cumplir con ciertos criterios, incluso comprobante de residencia en el estado y estado del VIH, comprobante de bajos ingresos según lo establece el estado, y estado de no asegurado/con seguro insuficiente. Si cambia de plan, notifique a su encargado local de inscripción del ADAP para que pueda continuar recibiendo asistencia. Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame al 1-800-542-2437.

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

### **Programas estatales de asistencia farmacéutica**

Muchos estados tienen Programas estatales de asistencia farmacéutica que ayudan a algunas personas a pagar sus medicamentos con receta de acuerdo con la necesidad financiera, la edad, la afección o la discapacidad. Cada estado se rige por distintas normas para brindar cobertura para medicamentos a sus miembros.

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

<b>Método</b>	<b>Cobertura de Seguro Farmacéutico para la Tercera Edad (EPIC): (Programa Estatal de Ayuda para Medicamentos de New York): Información de contacto</b>
<b>LLAME AL</b>	1-800-332-3742  Disponible de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m.
<b>TTY</b>	1-800-290-9138 Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla.
<b>ESCRIBA A</b>	EPIC P.O. Box 15018 Albany, NY 12212 <a href="mailto:nysdohepic@primetherapeutics.com">nysdohepic@primetherapeutics.com</a>
<b>SITIO WEB</b>	<a href="http://www.health.ny.gov/health_care/epic/">www.health.ny.gov/health_care/epic/</a>

### **El plan de pago de recetas de Medicare**

El plan de pago de recetas de Medicare es una nueva opción de pago que funciona con su cobertura actual para medicamentos y puede ayudarlo a administrar los costos de los medicamentos extendiéndolos a través de los **pagos mensuales que varían durante todo el año** (de enero a diciembre). **Esta opción de pago podría ayudarlo a administrar sus gastos, pero no le ahorrará dinero ni reducirá los costos de sus medicamentos.** La Ayuda Extra (“Extra Help”)

de Medicare y la ayuda de su SPAP y ADAP, para las personas que reúnen los requisitos, es más ventajosa que la participación en el Plan de pago de recetas de Medicare. Todos los miembros son elegibles para participar en esta opción de pago, independientemente del nivel de ingreso, y todos los planes de medicamentos de Medicare y los planes de salud de Medicare con cobertura para medicamentos deben ofrecer esta opción de pago. Comuníquese con nosotros o visite Medicare.gov para averiguar si esta opción de pago es adecuada para usted.

<b>Método</b>	<b>El plan de pago de recetas de Medicare: información de contacto</b>
<b>LLAME AL</b>	1-866-845-1803  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.
<b>TTY</b>	1-800-716-3231  Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla.  Las llamadas a este número son gratuitas. Atienden las 24 horas, los 7 días de la semana.
<b>ESCRIBA A</b>	<i>Express Scripts Medicare Prescription Payment Plan</i> <i>P.O. Box 2</i> <i>Saint Louis, MO 63166</i>
<b>SITIO WEB</b>	<a href="https://link.zixcentral.com/u/24f5e9aa/6u6ZjZJs7xGvb2cYXNGfSw?u=https%3A%2F%2Fwww.express-scripts.com%2Fmppp">https://link.zixcentral.com/u/24f5e9aa/6u6ZjZJs7xGvb2cYXNGfSw?u=https%3A%2F%2Fwww.express-scripts.com%2Fmppp</a>

---

## **SECCIÓN 8      Cómo puede ponerse en contacto con la Junta de Jubilación Ferroviaria**

---

La Junta de Jubilación Ferroviaria es una agencia federal independiente que administra los programas integrales de beneficios destinados a los trabajadores ferroviarios del país y a sus familias. Si recibe sus beneficios de Medicare a través de la Junta de Jubilación Ferroviaria, es importante que les comunique si se muda o cambia su dirección postal. Si tiene alguna pregunta sobre los beneficios de la Junta de Jubilación Ferroviaria, comuníquese con la agencia.

Método	Junta de Jubilación Ferroviaria: información de contacto
<b>LLAME AL</b>	1-877-772-5772 Las llamadas a este número son gratuitas. Si presiona “0”, podrá hablar con un representante de la Junta de Jubilación Ferroviaria (RRB), de 9:00 a. m. a 3:30 p. m. los lunes, martes, jueves y viernes, y de 9:00 a. m. a 12:00 p. m. los miércoles. Si presiona “1”, podrá acceder a la Línea de ayuda automatizada e información grabada de la RRB durante las 24 horas, incluidos los fines de semana y días feriados.
<b>TTY</b>	1-312-751-4701 Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número <i>no</i> son gratuitas.
<b>SITIO WEB</b>	<a href="http://rrb.gov/">rrb.gov/</a>

---

## **SECCIÓN 9      ¿Tiene un seguro grupal u otro seguro médico de un empleador?**

---

Si usted (o su cónyuge o pareja doméstica) obtiene beneficios de su empleador o grupo de jubilados (o del de su cónyuge o pareja doméstica) como parte de este plan, puede llamar al administrador de beneficios del empleador o sindicato o a Servicios para Miembros si tiene alguna pregunta. 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 doméstica). (Los números de teléfono de Servicios para Miembros figuran en la contratapa de este documento). También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227; TTY: 1-877-486-2048) si tiene preguntas relacionadas con su cobertura de Medicare en virtud de este plan.

Si tiene otra cobertura para medicamentos con receta a través de su empleador o grupo de jubilados (o del de su cónyuge o pareja doméstica), 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 en relación con nuestro plan.

**CAPÍTULO 3:**  
*Usar el plan para obtener  
servicios médicos*

---

## **SECCIÓN 1      Datos importantes sobre cómo obtener atención médica como miembro de nuestro plan**

---

Este capítulo explica lo que usted debe saber sobre cómo utilizar el plan para obtener atención médica cubierta. Aquí se ofrecen definiciones de los términos y se explican las normas que deberá cumplir para obtener los tratamientos médicos, servicios, equipo, medicamentos con receta y otra atención médica cubiertos por el plan.

Para obtener detalles sobre qué tipo de atención médica cubre nuestro plan y cuánto paga usted del costo de dicha atención, utilice la tabla de beneficios del capítulo siguiente, el Capítulo 4 (*Tabla de beneficios médicos, lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar*).

<b>Sección 1.1      ¿Qué son los proveedores de la red y los servicios cubiertos?</b>
---

- Los **proveedores** son los médicos y otros profesionales de la salud autorizados por el estado para brindar atención y servicios médicos. El término proveedores también incluye hospitales y otros centros de atención médica.
- Los **proveedores de la red** son los médicos y otros profesionales de la salud, grupos médicos, hospitales y otros centros de atención médica que han acordado con nosotros aceptar nuestros pagos y el monto de su costo compartido como pago completo. Hemos acordado con estos proveedores que les presten servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores de nuestra red nos facturan de manera directa por la atención que le brindan. Cuando consulta con 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, los productos, los equipos y los medicamentos con receta que están cubiertos por nuestro plan. Los servicios cubiertos de atención médica se incluyen en la Tabla de beneficios del Capítulo 4. Los servicios cubiertos para medicamentos con receta se analizan en el Capítulo 5.

<b>Sección 1.2      Normas básicas para obtener la atención médica cubierta por su plan</b>
---

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

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

- **La atención que reciba se incluya en la Tabla de beneficios médicos del plan** (la tabla 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 médica, y cumplen los estándares de práctica médica aceptados.

**Capítulo 3 Cómo utilizar el plan para obtener servicios médicos**

---

- **Tenga un proveedor de atención primaria (PCP) de la red que brinde y supervise su atención.** Como miembro de nuestro plan, debe elegir a un PCP de la red (para obtener más información sobre este tema, consulte la Sección 2.1 de este capítulo).
  - 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. A esto se le denomina darle una remisión. Para obtener más información sobre este tema, consulte la Sección 2.3 de este capítulo.
  - Las remisiones de su PCP no son necesarias para la atención de emergencia o los servicios de urgencia. También hay otros tipos de atención que usted puede recibir sin tener la aprobación por adelantado de su PCP (para obtener más información sobre este tema, consulte la Sección 2.2 de este capítulo).
- **Debe recibir 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 reciba de un proveedor fuera de la red (un proveedor que no forme parte de la red de nuestro plan). Esto significa que tendrá que pagarle al proveedor la totalidad de los servicios prestados. *Existen tres excepciones:*
  - El plan cubre los servicios de atención de emergencia o de urgencia que usted reciba de un proveedor fuera de la red. Para obtener más información sobre este tema y ver qué significa “servicios de atención de emergencia” o “de urgencia”, consulte la Sección 3 de este capítulo.
  - Si necesita recibir atención médica que Medicare exige que cubra nuestro plan pero no hay especialistas en nuestra red que proporcionen esa atención, puede obtener la atención de un proveedor fuera de la red por el mismo costo compartido que normalmente pagaría 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 que no forma parte de la red, consulte la Sección 2.4 de este capítulo.
  - El plan cubre los servicios de diálisis renal que reciba en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando usted está temporalmente fuera del área de servicio del plan o cuando su proveedor para este servicio no esté temporalmente disponible o no se pueda acceder a él. El costo compartido que paga el plan para diálisis nunca puede superar el costo compartido en Medicare Original. 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 los proveedores de la red del plan para obtener atención médica**

---

<b>Sección 2.1</b>	<b>Debe elegir un proveedor de atención primaria (PCP) para que brinde y supervise su atención</b>
--------------------	--

### **¿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 del estado y está capacitado para brindarle atención médica básica. Como se explica a continuación, puede obtener su atención de rutina o atención básica por parte de su PCP.

Puede seleccionar su PCP de distintos tipos de médicos. 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 elige al PCP?**

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

### **Cómo cambiar de PCP**

Usted puede cambiar de PCP por cualquier motivo y en cualquier momento. Además, también existe la posibilidad de que el PCP deje de estar en la red de proveedores de nuestro plan, en cuyo caso usted deberá elegir a un nuevo PCP.

Para cambiar su PCP, llame a Servicios para Miembros. El 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 derive. En la Sección 2.3 a continuación, encontrará más información. Servicios para Miembros cambiará sus registros de miembro para que incluyan 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.

<b>Sección 2.2</b>	<b>¿Qué tipo de atención médica puede recibir sin una remisión de su médico de atención primaria (PCP)?</b>
--------------------	---

Puede obtener los servicios que se detallan a continuación sin tener la aprobación de su PCP por adelantado.

- Atención médica de rutina para las mujeres, que incluye exámenes de las mamas, mamografías de control (radiografías de las mamas), pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos siempre y cuando se atiendan con un proveedor de la red.
- Vacunas contra la influenza, vacunas contra la COVID-19, vacunas contra la hepatitis B y la neumonía siempre y cuando se las administre un proveedor de la red.
- Servicios de emergencia proporcionados por proveedores de la red o por proveedores fuera de la red.
- Servicios de urgencia cubiertos por el plan, que son servicios que requieren atención médica inmediata y que no son emergencias, siempre que se encuentre temporalmente fuera del área de servicio del plan, o que no sea razonable debido a su tiempo, su lugar y sus circunstancias obtener este servicio de parte de proveedores de la red con los que el plan tiene contratos. Ejemplos de servicios de urgencia son enfermedades y lesiones imprevistas, o brotes inesperados de afecciones existentes. Sin embargo, las consultas de rutina médicamente necesarias, como los chequeos anuales, no se consideran de urgencia, incluso si se encuentra fuera del área de servicio del plan o si la red del plan no está disponible temporalmente.
- Servicios de diálisis renal que recibe en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando está transitoriamente fuera del área de servicio del plan. Si es posible, llame a Servicios para Miembros antes de salir del área de servicio para que podamos ayudarlo a obtener diálisis de mantenimiento mientras se encuentra fuera del área de servicio.
- Visitas a proveedores especialistas del plan.

<b>Sección 2.3</b>	<b>Cómo puede obtener atención de especialistas y otros proveedores de la red</b>
--------------------	---

El especialista es un médico que brinda servicios de atención médica en relación con enfermedades específicas o con una parte del cuerpo. Hay muchos tipos de especialistas. A continuación, encontrará algunos ejemplos, como los siguientes:

- Oncólogos: Tratan a los pacientes que tienen cáncer.
- Cardiólogos: Tratan a los pacientes que tienen afecciones cardíacas.
- Ortopedistas: Tratan a los pacientes que tienen determinadas afecciones óseas, articulares o musculares.
- Su PCP es la mejor persona para aconsejarle sobre cuándo consultar a un especialista por sus necesidades de atención médica.

**Capítulo 3 Cómo utilizar el plan para obtener servicios médicos**

---

- 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 derivación 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 dejan de participar en el plan?**

Podemos realizar cambios en los hospitales, los médicos y especialistas (proveedores) que forman parte de su plan durante el año. Si su médico o especialista deja de participar en su plan, usted tiene ciertos derechos y protecciones que se resumen a continuación:

- A pesar de que nuestra red de proveedores puede cambiar durante el año, Medicare exige que le proporcionemos acceso ininterrumpido a los médicos y especialistas calificados.
- Le enviaremos un aviso en el que se explicará que su proveedor dejará nuestro plan para que tenga tiempo de elegir un proveedor nuevo.
  - Si su proveedor de atención primaria o de salud conductual deja nuestro plan, se lo notificaremos si consultó a ese proveedor en los últimos tres años.
  - Si alguno de sus otros proveedores deja nuestro plan, le notificaremos si está designado al proveedor, actualmente recibe atención de este o lo ha visitado en los últimos tres meses.
- Lo ayudaremos a elegir un nuevo proveedor calificado dentro de la red al que pueda acceder para continuar con la atención.
- Si actualmente está realizando terapias o tratamientos médicos con su proveedor actual, tiene derecho a solicitar, y trabajaremos con usted para garantizarlo, continuar con las terapias o los tratamientos médicamente necesarios que está recibiendo.
- Le brindaremos información sobre los diferentes períodos de inscripción disponibles para usted y las opciones que puede que tenga para cambiar de plan.
- Coordinaremos cualquier beneficio cubierto médicamente necesario fuera de nuestra red de proveedores, pero al costo compartido 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 una autorización previa antes de obtener servicios.*
- Si se entera de que su médico o especialista dejará el plan, póngase en contacto con nosotros para que podamos ayudarlo a encontrar un nuevo proveedor para que administre su atención.

**Capítulo 3 Cómo utilizar el plan para obtener servicios médicos**

---

- Si cree que no le hemos proporcionado un proveedor calificado para reemplazar a su proveedor anterior o que su atención no está siendo administrada de manera apropiada, tiene derecho a presentar un reclamo sobre la calidad de la atención ante la Organización para la mejora de la calidad (QIO), una queja sobre la calidad de la atención ante el plan, o ambas cosas. Consulte el Capítulo 9.

**Sección 2.4      Cómo puede obtener atención de proveedores fuera de la red**

La atención médica de urgencia o emergencia de un proveedor que no forma parte 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 que no forma parte de la red.

Debe llamar a 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 a 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 cuando tiene una emergencia, una necesidad urgente de recibir atención o durante un desastre**

---

**Sección 3.1      Cómo puede obtener atención si tiene una emergencia médica****¿Qué es una emergencia médica y qué debe hacer en caso de que se le presente esta situación?**

Una **emergencia médica** es cuando usted, o cualquier otra persona prudente, con un conocimiento normal sobre salud y medicina, cree que tiene síntomas médicos que requieren de atención médica inmediata para evitar que pierda la vida (y, si está embarazada, la pérdida del feto), una extremidad o la función de una extremidad, o la pérdida o deterioro grave de una función corporal. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, lesión, dolor intenso o afección que se agrava rápidamente.

Si tiene una emergencia médica, esto es lo que debe hacer:

- **Busque ayuda lo más rápido posible.** Llame al 911 para pedir ayuda o acuda a la sala de emergencias u hospital más cercano. Pida una ambulancia por teléfono si la necesita. *No* es necesario que primero obtenga la autorización o una remisión del PCP. No es necesario que use un médico de la red. Usted puede obtener atención médica de emergencia cubierta cuando lo necesite, en cualquier lugar de los Estados Unidos o sus territorios, y de cualquier proveedor con una licencia estatal apropiada, incluso si no forma parte de nuestra red.

## Capítulo 3 Cómo utilizar el plan para obtener servicios médicos

---

- **Tan pronto como sea posible, asegúrese de avisar al plan acerca de la emergencia.** Necesitamos hacer el seguimiento de la atención de emergencia que reciba. Usted u otra persona debe llamarnos para avisarnos sobre la atención de emergencia, por lo general, en el plazo de 48 horas. Puede comunicarse con 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 cobertura tiene en el caso de una emergencia médica?

Nuestro plan cubre los servicios de ambulancia en los casos en los que ir a la sala de emergencias de alguna otra manera podría poner en peligro su salud. También cubrimos los servicios médicos durante la emergencia.

Los médicos que le brindan atención de emergencia decidirán en qué momento se estabiliza la afección y finaliza la emergencia médica.

Una vez que finaliza la emergencia, usted tiene derecho a recibir atención de seguimiento para garantizar que siga estando estable. Sus médicos continuarán tratándolo hasta que se comuniquen con nosotros y hagan planes para que reciba atención adicional. El plan cubre la atención de seguimiento.

Si recibe atención de emergencia por parte de proveedores fuera de la red, trataremos de que los proveedores de la red se hagan cargo de su atención tan pronto como su afección y las circunstancias lo permitan.

### ¿Qué pasa si no se trataba de una emergencia médica?

Algunas veces, puede ser difícil darse cuenta si está ante una emergencia médica. Por ejemplo, puede pensar que necesita atención de emergencia (porque considera que su salud está en grave peligro) y que el médico le diga que no se trataba de una emergencia médica. Si resulta ser que no se trataba de una emergencia, cubriremos la atención que reciba, siempre y cuando haya pensado, dentro de lo razonable, que su salud estaba en grave peligro.

Sin embargo, una vez que el médico haya determinado que *no* era una emergencia, cubriremos la atención adicional *solo* si la recibe de alguna de estas dos formas:

- Acude a un proveedor de la red para obtener atención adicional.
- – *o bien* –, la atención adicional que recibe se considera servicios 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 más abajo).

<b>Sección 3.2</b>	<b>Cómo obtener atención médica cuando tiene una necesidad urgente de recibir servicios</b>
--------------------	---

**¿Qué son los servicios de urgencia?**

Un servicio cubierto por el plan que requiere atención médica inmediata y que no es una emergencia, es un servicio de urgencia si usted está temporalmente fuera del área de servicio del plan o no es razonable, dado su tiempo, lugar y circunstancias para obtener este servicio de parte de proveedores de la red con los que el plan tiene un contrato. Ejemplos de servicios de urgencia son enfermedades y lesiones imprevistas, o brotes inesperados de afecciones existentes. Sin embargo, las consultas de rutina médicamente necesarias, como los chequeos anuales, no se consideran de urgencia, incluso si se encuentra fuera del área de servicio del plan o si la red del plan no está disponible temporalmente.

Si necesita ayuda para ubicar un centro de atención de urgencia, llame a 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 para la atención recibida fuera de los Estados Unidos y sus territorios.

<b>Sección 3.3</b>	<b>Cómo obtener atención durante un desastre</b>
--------------------	--

Si el gobernador de su estado, la Secretaría de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. o el presidente de los Estados Unidos declara estado de desastre o emergencia en su área geográfica, aún tiene derecho a recibir la atención a través de su plan.

Visite el siguiente sitio web: [www.RiverSpringHealth.org](http://www.RiverSpringHealth.org) para obtener información sobre cómo obtener la atención que necesita durante un desastre.

Si no puede consultar con un proveedor de la red durante un desastre, su plan le permitirá obtener atención médica de proveedores fuera de la red al costo compartido de la red. Si, durante un desastre, no puede utilizar una farmacia de la red, puede obtener sus medicamentos con receta en una farmacia fuera de la red. Consulte la Sección 2.5 del Capítulo 5 para obtener más información.

---

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

---

<b>Sección 4.1</b>	<b>Puede solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde del costo de los servicios cubiertos</b>
--------------------	--

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

<b>Sección 4.2</b>	<b>Si nuestro plan no cubre los servicios, usted debe pagar el costo total</b>
--------------------	--

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

Para los servicios cubiertos que tienen un límite de beneficios, 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?**

---

<b>Sección 5.1</b>	<b>¿Qué es un estudio de investigación clínica?</b>
--------------------	---

Un estudio de investigación clínica (también denominado un *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 contra el cáncer. Ciertos estudios de investigación clínica están aprobados por Medicare. Los estudios de investigación clínica aprobados por Medicare normalmente solicitan voluntarios para participar en el estudio.

Una vez que Medicare apruebe el estudio y usted exprese su interés, alguien que trabaja en el estudio se pondrá en contacto con usted para explicarle los datos del estudio y para determinar si usted cumple con los requisitos establecidos por los científicos que llevan a cabo el estudio. Puede participar en el estudio solo si cumple con los requisitos del estudio y si comprende y acepta plenamente lo que implica participar en el estudio.

Si participa en un estudio aprobado por Medicare, Medicare Original paga la mayor parte de los costos por los servicios cubiertos que reciba usted como parte del estudio. Si nos dice que participa en un ensayo clínico calificado, entonces solo es 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 Medicare Original, le reembolsaremos la diferencia entre lo que pagó y el costo compartido dentro de la red. Sin embargo, deberá proporcionar documentación que nos muestre 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 quiere participar en cualquier estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, *no* es necesario que el plan ni su PCP lo aprueben, ni tampoco que nos avise. *No* es necesario que los proveedores que le brindan atención como parte del estudio de investigación clínica formen parte de la red de proveedores del plan. Tenga en cuenta que esto no incluye beneficios a cargo de nuestro plan que incluyan, como componente, un ensayo clínico o un registro para evaluar el

**Capítulo 3 Cómo utilizar el plan para obtener servicios médicos**

beneficio. Estos incluyen ciertos beneficios específicos en virtud de determinaciones de cobertura nacionales que requieren cobertura para el desarrollo de evidencias (NCD-CED) y estudios de excepción a los dispositivos de investigación (IDE) y pueden estar sujetos a autorización previa y otras normas del plan.

Aunque no es necesario que obtenga la autorización de nuestro plan para participar en un estudio de investigación clínica con cobertura de Medicare Original para las personas inscritas en Medicare Advantage, le recomendamos que nos notifique por adelantado cuando elija participar en ensayos clínicos calificados por Medicare.

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

<b>Sección 5.2</b>	<b>Cuando participa en un estudio de investigación clínica, ¿quién paga cada cosa?</b>
--------------------	--

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

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

Después de que Medicare haya pagado su parte del costo por estos servicios, nuestro plan pagará la diferencia entre el costo compartido de los gastos en Medicare Original y su participación en los costos dentro de la red como miembro de nuestro plan. Esto significa que usted pagará el mismo monto por los servicios que recibe como parte del estudio igual que si recibiera estos servicios de nuestro plan. Sin embargo, debe presentar documentación que muestre cuánto pagó del costo compartido. Para obtener información sobre cómo enviar solicitudes de pago, consulte el Capítulo 7.

*A continuación, se muestra un ejemplo de cómo funciona el costo compartido:* supongamos que tiene 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 según Medicare Original, pero el análisis sería de \$10 conforme a los beneficios de nuestro plan. En este caso, Medicare Original pagaría \$80 por el análisis y usted pagaría los \$20 de copago requeridos por Medicare Original. Luego, notificaría a su plan que recibió un servicio de ensayo clínico calificado y enviaría documentación, como una factura del proveedor, al plan. El plan entonces le pagaría directamente \$10. Por lo tanto, su pago neto es de \$10, es el mismo monto que pagaría

**Capítulo 3 Cómo utilizar el plan para obtener servicios médicos**

---

según los beneficios del plan. Tenga en cuenta que, para recibir el pago de su plan, debe enviar documentación a su plan, como una factura del proveedor.

Cuando usted forma parte de un estudio de investigación clínica, **ni Medicare ni nuestro plan pagarán nada de lo siguiente:**

- Por lo general, Medicare *no* pagará los nuevos productos o servicios que se estén evaluando 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 recabar datos y que no se utilicen en su atención médica directa. Por ejemplo, Medicare no cubriría las tomografías computarizadas mensuales que se realicen como parte del estudio si su afección normalmente requiriese una sola tomografía computarizada.
- Los artículos y servicios que habitualmente brindan los patrocinadores de la investigación son gratuitos para cualquier inscrito en el ensayo.

**¿Desea obtener más información?**

Para obtener más información sobre cómo participar en un estudio de investigación clínica, visite el sitio web de Medicare para leer o descargar la publicación *Medicare and Clinical Research Studies* (Medicare y los estudios de investigación clínica). (La publicación está disponible en: [www.medicare.gov/Pubs/pdf/02226-Medicare-and-Clinical-Research-Studies.pdf](http://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, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

---

**SECCIÓN 6 Normas para obtener atención en una institución religiosa de atención sanitaria no médica**

---

<b>Sección 6.1</b>	<b>¿Qué es una institución religiosa de atención sanitaria no médica?</b>
--------------------	---

Una institución religiosa de atención sanitaria no médica es un centro que provee atención médica para una afección que normalmente se trataría en un hospital o en un centro de atención de enfermería especializada. Si recibir atención en un hospital o centro de atención de enfermería especializada va en contra de las creencias religiosas de un miembro, se brindará cobertura para su atención en una institución religiosa de atención sanitaria no médica. Este beneficio se brinda solo para los servicios para pacientes internados de la Parte A (servicios de atención no médica).

<b>Sección 6.2</b>	<b>Recibir atención de una institución religiosa de atención sanitaria no médica</b>
--------------------	--

Para que lo atiendan en una institución religiosa de atención sanitaria no médica, debe firmar un documento legal en el que exprese que se niega conscientemente a recibir un tratamiento médico **no exceptuado**.

- La atención o el tratamiento médicos **no exceptuados** corresponden a la atención o el tratamiento médicos *voluntarios* y que *no son obligatorios* según la legislación federal, estatal o local.
- La atención o el tratamiento médicos **exceptuados** corresponden a la atención o el tratamiento médicos que *no son voluntarios* o que *son obligatorios* según la legislación federal, estatal o local.

Para que el plan cubra estos servicios, la atención que reciba en una institución religiosa de atención sanitaria no médica debe cumplir con las siguientes condiciones:

- La institución que brinde atención debe estar certificada por Medicare.
- La cobertura del plan por los servicios que reciba se limita a los aspectos *no religiosos* de la atención.
- Si obtiene servicios de esta institución que se ofrecen en un centro, se aplicarán las siguientes condiciones:
  - Debe tener una afección médica que le permitiría recibir los servicios cubiertos correspondientes a la atención para pacientes internados en un hospital o en un centro de atención de enfermería especializada.
  - - y - debe obtener la aprobación del plan por adelantado antes de que lo ingresen en el centro, porque de lo contrario, su estadía no estará cubierta.

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

---

## **SECCIÓN 7 Normas para la posesión de equipo médico duradero**

---

<b>Sección 7.1</b>	<b>¿Puede quedarse con el equipo médico duradero después de haber realizado cierta cantidad de pagos dentro de nuestro plan?</b>
--------------------	--

Los equipos médicos duraderos (DME) incluyen productos, como suministros y equipos de oxígeno, sillas de ruedas, andadores, sistemas de colchones eléctricos, muletas, suministros para la diabetes, dispositivos para la generación del habla, bombas de infusión intravenosa, nebulizadores y camas de hospital recetadas por un proveedor para usar en el hogar.

**Capítulo 3 Cómo utilizar el plan para obtener servicios médicos**

---

El miembro siempre posee ciertos artículos, como dispositivos protésicos. En esta sección, analizamos otros tipos de DME que debe alquilar.

En Medicare Original, las personas que alquilan ciertos tipos de DME se quedan con ese equipo después de pagar el copago del producto durante 13 meses. Sin embargo, como miembro de RiverSpring Star (HMO I-SNP), generalmente no tendrá posesión de los artículos de DME alquilados, independientemente de la cantidad de copagos que haya realizado por el artículo siendo miembro de nuestro plan, incluso si ha realizado hasta 12 pagos consecutivos por el artículo de DME de Medicare Original antes de unirse a nuestro plan. En determinadas circunstancias limitadas, transferiremos la posesión del DME. Para obtener más información, llame al Departamento de Servicios para Miembros.

**¿Qué sucede con los pagos que realizó por el equipo médico duradero si se cambia a Medicare Original?**

Si no obtuvo la propiedad del DME mientras estuvo en nuestro plan, deberá realizar 13 nuevos pagos consecutivos después de que cambie a Medicare Original a fin de adquirir la propiedad del artículo. Los pagos realizados mientras estaba inscrito en su plan no cuentan.

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

Ejemplo 2: Hizo 12 pagos consecutivos o menos por el artículo en Medicare Original y luego se unió a nuestro plan. Estaba en nuestro plan, pero no obtuvo la propiedad mientras estaba en nuestro plan. Luego, regresa a Medicare Original. Deberá realizar 13 nuevos pagos consecutivos para tener la posesión del producto una vez que se una a Medicare Original de nuevo. Todos los pagos anteriores (ya sea a nuestro plan o a Medicare Original) no cuentan.

<b>Sección 7.2</b>	<b>Normas para el equipo de oxígeno, suministros y mantenimiento</b>
--------------------	--

**¿A qué beneficios de oxígeno tiene derecho?**

Si reúne los requisitos para recibir cobertura para el equipo de oxígeno de Medicare, RiverSpring Star (HMO I-SNP) cubrirá lo siguiente:

- Alquiler de equipos de oxígeno
- Entrega de oxígeno y contenidos de oxígeno
- Tubos y accesorios de oxígeno relacionados para la entrega de oxígeno y contenidos de oxígeno
- Mantenimiento y reparación 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 deja su plan y vuelve a Medicare Original?**

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

# CAPÍTULO 4:

*Cuadro de beneficios médicos  
(lo que está cubierto y lo que le  
corresponde pagar)*

**Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)****SECCIÓN 1      Cómo comprender los costos que paga de su bolsillo por los servicios cubiertos**

En este capítulo se proporciona un Cuadro de beneficios médicos que enumera los servicios cubiertos y detalla la cantidad que deberá pagar por cada servicio cubierto 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 en determinados servicios.

**Sección 1.1      Tipos de costos que puede llegar a tener que pagar de su bolsillo por los servicios cubiertos**

Para que comprenda la información sobre los pagos que incluimos en este capítulo, debe conocer los tipos de costos que es posible que deba pagar de su bolsillo por los servicios cubiertos.

- El **deducible** es el monto que debe pagar por los servicios médicos antes de que el plan comience a pagar la parte que le corresponde. (La Sección 1.2 le brinda más información sobre el deducible de su plan).
- El **copago** es el monto fijo que paga cada vez que recibe algún servicio médico. El copago se abona en el momento en que recibe el servicio médico. (La Tabla de beneficios médicos, que se encuentra en la Sección 2, le brinda más información sobre sus copagos).
- El **coseguro** es el porcentaje que paga del costo total de cierto servicio médico. El coseguro se paga en el momento en que recibe el servicio médico. (La Tabla de beneficios médicos, que se encuentra en la Sección 2, le brinda más información sobre su coseguro).

La mayoría de las personas que reúne los requisitos para Medicaid o para el programa Beneficiario calificado de Medicare (QMB) nunca debe pagar deducibles, copagos ni coseguros. Asegúrese de mostrarle a su proveedor su comprobante de elegibilidad para Medicaid o QMB, si corresponde.

**Sección 1.2      ¿Cuál es su deducible del plan?**

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

**Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)**

El deducible se aplica a los siguientes servicios:

- Servicios de rehabilitación cardíaca; servicios de rehabilitación cardíaca intensivos; servicios de rehabilitación pulmonar; terapia con ejercicios supervisados (SET) para Servicios de Enfermedad Arterial Periférica (PAD); hospitalización parcial; servicios de un médico de atención primaria; servicios quiroprácticos; servicios de terapia ocupacional; servicios de un médico especialista; sesiones individuales para servicios de un especialista en salud mental; sesiones grupales para servicios de un especialista en salud mental; servicios de podiatría; servicios de otros profesionales de atención médica; sesiones individuales para servicios psiquiátricos; sesiones grupales para servicios psiquiátricos; servicios de fisioterapia y terapia para patologías del habla y del lenguaje; servicio para el tratamiento del uso de opioides; pruebas o procedimientos de diagnóstico/servicios de laboratorio; servicios radiológicos terapéuticos; servicios de radiología para pacientes ambulatorios; servicios de radiología terapéutica para pacientes ambulatorios; servicios de radiografías para pacientes ambulatorios; servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios; servicios de observación; centro quirúrgico para pacientes ambulatorios (ASC); sesiones individuales para servicios por abuso de sustancias para pacientes ambulatorios; sesiones grupales para servicios por abuso de sustancias para pacientes ambulatorios; servicios de análisis de sangre para pacientes ambulatorios; servicios de ambulancia terrestre; servicios de ambulancia aérea; equipo médico duradero (DME); prótesis; suministros médicos; suministros para diabéticos; calzado terapéuticoplantillas para diabéticos; servicios de diálisis; servicios de educación para enfermedad renal; examen de detección de glaucoma; capacitación para el autocontrol de la diabetes; enemas de bario; examen de tacto rectal; 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 los ojos; anteojos; exámenes auditivos.

<b>Sección 1.3</b>	<b>Nuestro plan tiene un deducible por separado para determinados tipos de servicios</b>
--------------------	--

El plan tiene no un monto de deducible para los siguientes tipos de servicios:

- 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 hospitalizados. 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 hospitalizados 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 hospitalizados. 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.

## Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

### Sección 1.4 ¿Cuál es el máximo que pagará por servicios médicos cubiertos?

Debido a que usted está inscrito en un plan Medicare Advantage, hay un límite en cuanto al monto total que paga de su bolsillo cada año por los servicios médicos dentro de la red que están cubiertos de la Parte A y la Parte B de Medicare por nuestro plan. Este límite se denomina el monto máximo que paga de su bolsillo (MOOP) por servicios médicos. Para el año calendario 2025, este monto es de \$9,350.

Los montos que usted paga por los deducibles, los copagos y el coseguro por los servicios cubiertos dentro de la red se tienen en cuenta para el monto máximo que paga de su bolsillo. Los montos que usted paga por las primas de su plan y sus medicamentos con receta de la Parte D no cuentan para el monto máximo que paga de su bolsillo. Estos servicios están marcados con un asterisco en la Tabla de beneficios médicos. Si alcanza la cantidad máxima de gasto de bolsillo de \$9,350, no deberá pagar ningún gasto de bolsillo por el resto del año para los servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B que forman parte de la red. Sin embargo, debe seguir pagando su prima del plan y la prima de la Parte B de Medicare (a menos que Medicaid o un tercero paguen su prima de la Parte B por usted).

### Sección 1.5 Nuestro plan no permite que los proveedores le facturen saldos

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. Es posible que los proveedores no puedan agregar cargos adicionales, lo que se denomina **facturación del saldo**. Esta protección se aplica aun cuando pagamos menos de lo que el proveedor factura por un servicio, incluso si hay una disputa y no pagamos ciertos cargos del proveedor.

Aquí le mostramos cómo funciona esta protección.

- Si su costo compartido es un copago (una cantidad determinada de dinero, por ejemplo, \$15.00), entonces usted paga solamente ese monto por cualquier servicio cubierto del proveedor de la red.
- Si su costo compartido es un coseguro (un porcentaje de los cargos totales), entonces nunca paga más que ese porcentaje. Sin embargo, su costo depende del tipo de proveedor:
  - Si recibe servicios cubiertos de un proveedor de la red, paga el porcentaje de coseguro multiplicado por la tarifa de reembolso del plan (según se determine en el contrato entre el proveedor y el plan).
  - Si recibe servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red y que participa en Medicare, usted 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, por ejemplo, cuando tiene una remisión o en el caso de servicios de urgencia o emergencia).

## Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

---

- Si obtiene servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red y que no participa en Medicare, usted 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, por ejemplo, cuando tiene una remisión, en el caso de emergencias o fuera del área de servicio para recibir servicios de urgencia).
- Si cree que un proveedor le ha facturado saldos, llame a Servicios para Miembros.

---

## SECCIÓN 2 Utilice la *Tabla de beneficios médicos* para averiguar qué es lo que está cubierto y cuánto le corresponde pagar

---

<b>Sección 2.1</b>	<b>Sus beneficios y costos médicos como miembro del plan</b>
--------------------	--

En las siguientes páginas, la Tabla de beneficios médicos enumera los servicios que RiverSpring Star (HMO I-SNP) cubre y lo que debe pagar de su bolsillo por cada servicio. La cobertura para medicamentos con receta de la Parte D se encuentra en el Capítulo 5. Los servicios descritos en la tabla de beneficios médicos están cubiertos solo cuando se cumple con los siguientes requisitos de cobertura:

- Los servicios que cubre Medicare deben brindarse de conformidad con las pautas de cobertura establecidas por Medicare.
- Sus servicios (incluida la atención médica, los servicios, los suministros, los equipos y los medicamentos con receta de la Parte B) *deben* ser médicamente necesarios. Médicamente necesario significa que los servicios, suministros o medicamentos son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección médica, y cumplen los estándares de buena práctica médica aceptados.
- Para los nuevos inscritos, su plan de atención coordinada de Medicare Advantage (MA) debe brindar un período de transición de 90 días como mínimo, durante el cual el nuevo plan de MA puede no requerir autorización previa para cualquier curso activo del tratamiento, incluso si el curso del tratamiento fue para un servicio que inició con un proveedor fuera de la red.
- Usted recibe atención por parte de un proveedor de la red. En la mayoría de los casos, la atención que reciba de parte de un proveedor fuera de la red no estará cubierta, a menos que sea una atención de urgencia o emergencia o si su plan o un proveedor de la red le ha dado una remisión. Esto significa que usted deberá pagarle al proveedor en su totalidad por los servicios brindados.
- Usted tiene un PCP que brinda y supervisa su atención.

## Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

---

- Algunos de los servicios mencionados en la Tabla de beneficios médicos están cubiertos *solo* si el médico o los demás proveedores de la red obtienen nuestra aprobación por adelantado (esto suele denominarse autorización previa). Los servicios cubiertos que requieren aprobación por adelantado están marcados con un asterisco en el Cuadro de beneficios médicos.

Entre otra información importante que debe saber sobre su cobertura, se incluye la siguiente:

- Como todos los planes de salud de Medicare, cubrimos todo lo que cubre Medicare Original. Para algunos de estos beneficios, usted paga *más* en nuestro plan de lo que pagaría en Medicare Original. Para otros, usted paga *menos*. (Si desea obtener más información sobre la cobertura y los costos de Medicare Original, consulte su manual *Medicare y Usted 2025*. También puede consultarlo en línea en [www.medicare.gov](http://www.medicare.gov) o solicitar una copia llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).
- Para todos los servicios preventivos que están cubiertos sin costo por Medicare Original, nosotros también cubrimos el servicio sin costo para usted. Sin embargo, si a usted también se le trata o controla por una afección existente durante la visita en la que recibe el servicio preventivo, es posible que se aplique un copago por la atención recibida por la afección existente.
- Si Medicare agrega cobertura para algún nuevo servicio durante el año 2025, Medicare o nuestro plan cubrirán esos servicios.
- Si se encuentra dentro del período de 3 meses de elegibilidad continua considerado de nuestro plan, continuaremos proporcionando todos los beneficios cubiertos por el plan y sus montos de costo compartido no cambian durante este período.
- Si le diagnostican las siguientes afecciones crónicas y usted cumple determinados criterios, puede ser elegible para beneficios complementarios especiales para quienes tienen enfermedades crónicas.
  - Afecciones crónicas a las que se aplica este beneficio:
    - Trastornos autoinmunitarios
    - Cáncer
    - Trastornos cardiovasculares
    - Dependencia crónica al alcohol u otras drogas
    - Afecciones de salud mental crónicas e incapacitantes
    - Insuficiencia cardíaca crónica
    - Trastornos pulmonares crónicos
    - Demencia

## Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

- Diabetes
  - Enfermedad hepática en etapa terminal
  - Enfermedad renal en etapa terminal (ESRD)
  - Trastornos endocrinos
  - 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 comestibles, que solo pueden comprarse en farmacias o minoristas seleccionados.
- Para obtener más detalles, observe la fila *Beneficios complementarios especiales para quienes tienen enfermedades crónicas* en la Tabla de beneficios médicos más abajo.
  - Contáctenos para averiguar exactamente para qué beneficios puede ser elegible.



Verá esta manzana junto a los servicios preventivos en la tabla de beneficios.

### Tabla de beneficios médicos

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p> <b>Prueba de detección de aneurisma aórtico abdominal</b> Una ecografía de detección por única vez para las personas en riesgo. El plan solo cubre esta prueba de detección si usted tiene ciertos factores de riesgo y si recibe una remisión de parte de su médico, auxiliar médico, profesional en enfermería o especialista en enfermería clínica.</p>	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para esta prueba de detección preventiva.</p>

## Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p><b>Acupuntura para dolor crónico en la parte baja de la espalda</b></p> <p>Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:            Los beneficiarios de Medicare reciben cobertura para hasta 12 consultas en 90 días en las siguientes circunstancias:            A los fines de este beneficio, el dolor crónico en la región lumbar se define como:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• tiene una duración de 12 semanas o más;</li> <li>• aquel que no es específico, o sea, no tiene una causa sistémica identificable (es decir, no está asociado con una enfermedad metastásica, inflamatoria, infecciosa, etc.);</li> <li>• aquel que no está asociado con una cirugía; y</li> <li>• aquel que no está asociado con un embarazo.</li> </ul> <p>Se cubrirán ocho sesiones adicionales para aquellos pacientes que demuestren mejoras. No se administrarán más de 20 tratamientos de acupuntura por año.            El tratamiento debe suspenderse si el paciente no mejora o empeora.</p> <p>Requisitos de proveedores:            Los médicos (como se define en la sección 1861(r)(1) de la Ley del Seguro Social [la Ley]) pueden brindar sesiones de acupuntura de conformidad con los requisitos estatales vigentes.            Los asistentes médicos (PA), enfermeros practicantes (NP)/especialistas en enfermería clínica (CNS) (como se identificó en la sección 1861(aa) (5) de la Ley) y el personal auxiliar pueden brindar sesiones de acupuntura si cumplen con todos los requisitos estatales vigentes y tienen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• un máster o doctorado en Acupuntura o en Medicina Oriental de una escuela acreditada por la Comisión de Acreditación de Acupuntura y Medicina Oriental (ACAOM); y</li> <li>• una licencia actual, completa, activa y sin restricciones para practicar la acupuntura en un estado, territorio o mancomunidad (como, Puerto Rico) de los Estados Unidos o del District of Columbia.</li> </ul>	<p>Usted paga el 20% de los servicios de acupuntura para el dolor lumbar crónico cubiertos por Medicare.</p>

## Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p><b>Acupuntura para dolor crónico en la parte baja de la espalda (continuación)</b> El personal auxiliar que brinde acupuntura debe estar bajo el nivel adecuado de supervisión de un médico, PA o NP/CNS, requerido por nuestras regulaciones en las secciones 410.26 y 410.27 del Código de Regulaciones Estadounidenses (CFR) N.º 42.</p>	
<p><b>Servicios de ambulancia</b> Los servicios de ambulancia cubiertos, ya sea para una situación de emergencia o que no sea de emergencia, incluyen servicios de ambulancia terrestre y aérea con aeronaves de ala fija o rotatoria hasta el centro apropiado más cercano que puede brindar atención si se trata de un miembro cuya afección es tal que cualquier otro medio de transporte podría poner en peligro su salud o si está autorizado por el plan. Si los servicios de ambulancia cubiertos no son para una situación de emergencia, debería documentarse que la afección médica del miembro es tal que otros medios de transporte podrían poner en peligro la salud de la persona y que el transporte en ambulancia es médicamente necesario.</p>	<p>Usted paga el 20% de los beneficios de ambulancia cubiertos por Medicare.</p> <p>*Se requiere autorización para los servicios de Medicare que no sean de emergencia.</p>
<p> <b>Consulta anual de bienestar</b> Si ha tenido la Parte B por más de 12 meses, puede tener una consulta anual de bienestar para establecer o actualizar un plan de prevención personalizado basado en los factores de riesgo y salud actuales. Está cubierta una vez cada 12 meses.</p> <p><b>Nota:</b> Su primera consulta anual de bienestar no puede realizarse dentro de los 12 meses de su consulta preventiva <i>Bienvenida a Medicare</i>. Sin embargo, no necesita haber realizado una consulta de <i>Bienvenida a Medicare</i> para tener cobertura para las consultas anuales de bienestar después de haber tenido la Parte B por 12 meses.</p>	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para consultas anuales de bienestar.</p>

## Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p> <b>Medición de la masa ósea</b> Para las personas que reúnan los requisitos (generalmente, personas en riesgo de pérdida de la masa ósea o de osteoporosis), están cubiertos los siguientes servicios cada 24 meses o con mayor frecuencia si se considera médicamente necesario: procedimientos para determinar la densidad ósea, detectar la pérdida de masa ósea o determinar la calidad ósea (incluye la lectura de los resultados por parte del médico).</p>	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para la medición de la masa ósea cubierta por Medicare.</p>
<p> <b>Prueba de detección de cáncer de mama (mamografías)</b> Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Una mamografía inicial entre los 35 y 39 años</li> <li>• Una mamografía de control cada 12 meses para las mujeres de 40 años o más</li> <li>• Exámenes clínicos de mamas una vez cada 24 meses</li> </ul>	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para mamografías de detección cubiertas.</p>
<p><b>Servicios de rehabilitación cardíaca</b> Los programas integrales de servicios de rehabilitación cardíaca que incluyen ejercicios, educación y asesoramiento están cubiertos para los miembros que cumplen con determinadas condiciones con un orden del médico. El plan también cubre programas intensivos de rehabilitación cardíaca que son habitualmente más rigurosos o intensos 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> <b>Consulta para disminuir el riesgo de enfermedades cardiovasculares (tratamiento para las enfermedades cardiovasculares)</b> Cubrimos una consulta por año con su médico de atención primaria para ayudarlo a disminuir el riesgo de enfermedades cardiovasculares. Durante esta consulta, su médico puede analizar el uso de aspirina (si corresponde), medir su presión arterial y brindarle consejos para asegurarse de que usted esté comiendo de manera saludable.</p>	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para el beneficio preventivo para el tratamiento conductual intensivo de enfermedades cardiovasculares.</p>

## Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p> <b>Análisis para detectar enfermedades cardiovasculares</b> Análisis de sangre para la detección de enfermedades cardiovasculares (o anomalías asociadas al riesgo elevado de enfermedades cardiovasculares) una vez cada 5 años (60 meses).</p>	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para los análisis para detectar enfermedades cardiovasculares que se cubren una vez cada 5 años.</p>
<p> <b>Prueba de detección de cáncer de cuello de útero y de vagina</b> Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Para todas las mujeres: Pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos una vez cada 24 meses</li> <li>• Si corre alto riesgo de padecer cáncer de cuello de útero o de vagina, o está en edad de procrear y ha obtenido un resultado anormal en una prueba de Papanicolaou en los últimos 3 años: una prueba de Papanicolaou cada 12 meses.</li> </ul>	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para las pruebas de Papanicolaou y los exámenes pélvicos preventivos cubiertos por Medicare.</p>
<p><b>Servicios de quiropráctica</b> Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cubrimos solo la manipulación manual de la columna vertebral para corregir una subluxación.</li> </ul>	<p>Usted paga el 20% de los servicios quiroprácticos aprobados por Medicare. *Se requiere autorización previa.</p>
<p> <b>Prueba de detección de cáncer colorrectal</b> Están cubiertos las siguientes pruebas de detección:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• La colonoscopia no tiene límite de edad mínimo ni máximo y está cubierta una vez cada 120 meses (10 años) para pacientes que no tienen alto riesgo, o 48 meses después de una sigmoidoscopia flexible previa para pacientes que no tienen alto riesgo de padecer cáncer colorrectal, y una vez cada 24 meses para los pacientes de alto riesgo después de una colonoscopia de detección previa o enema de bario.</li> </ul>	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para una prueba de detección de cáncer colorrectal cubierta por Medicare, salvo los enemas de bario, para los que se aplica coseguro. Si su médico encuentra y retira un pólipo u otro tejido durante la colonoscopia o sigmoidoscopia flexible, la prueba de detección se convierte en una prueba de diagnóstico, y usted paga el 20% del monto aprobado por Medicare por los servicios de sus médicos.</p>

## Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p><b>Prueba de detección de cáncer colorrectal (continuación)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sigmoidoscopia flexible para pacientes de 45 años o más. Una vez cada 120 meses para los pacientes que no tienen alto riesgo después de que el paciente recibió una colonoscopia de detección. Una vez cada 48 meses para los pacientes de alto riesgo a partir de la última sigmoidoscopia flexible o enema de bario.</li> <li>• Análisis de sangre oculta en materia fecal para pacientes de 45 años o más. Una vez cada 12 meses.</li> <li>• ADN de heces de múltiples cadenas para pacientes de 45 a 85 años y que no cumplen con los criterios de alto riesgo. Una vez cada 3 años.</li> <li>• Análisis de biomarcador en sangre para pacientes de 45 a 85 años y que no cumplen con los criterios de alto riesgo. Una vez cada 3 años.</li> <li>• Enema de bario como alternativa a la colonoscopia para los pacientes en alto riesgo y 24 meses después del último enema de bario de detección o la última colonoscopia de detección.</li> <li>• Enema de bario como alternativa a la sigmoidoscopia flexible para los pacientes que no son de alto riesgo y los pacientes de 45 años o más. Una vez, al menos, 48 meses después del último enema de bario de detección o sigmoidoscopia flexible de detección.</li> </ul> <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 con heces no invasiva cubierta por Medicare dé un resultado positivo.</p>	<p>El deducible de la Parte B no se aplica. Usted paga el 20% del monto aprobado por Medicare para los servicios de enema de bario.</p>

## Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p><b>Servicios odontológicos</b></p> <p>En general, los servicios odontológicos preventivos (como limpiezas, exámenes de rutina y radiografías dentales) no están cubiertos por Medicare Original. Sin embargo, Medicare actualmente paga los servicios odontológicos en una cantidad limitada de circunstancias, concretamente cuando ese servicio es parte integral del tratamiento específico de la afección primaria del beneficiario. Algunos ejemplos incluyen reconstrucción de la mandíbula después de una fractura o lesión, extracciones de dientes realizadas en preparación para el tratamiento de radiación para el cáncer de mandíbula o exámenes orales previos al trasplante de riñón. Además, cubrimos lo siguiente:</p>	<p>Servicios dentales preventivos No cubiertos</p> <p>Servicios dentales completos 20% de coseguro para cada servicio cubierto por Medicare.</p> <p>*Se requiere autorización previa.</p>
<p> <b>Prueba de detección de depresión</b></p> <p>Cubrimos un examen de detección de depresión por año. La prueba de detección debe realizarse en un establecimiento de atención primaria que pueda brindar remisiones o tratamiento de seguimiento.</p>	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para una consulta anual para la prueba de detección de depresión.</p>
<p> <b>Prueba de detección de diabetes</b></p> <p>Cubrimos esta prueba (incluidas pruebas rápidas de glucosa) si tiene alguno de los siguientes factores de riesgo: presión arterial alta (hipertensión), niveles históricos anormales de triglicéridos y colesterol (dislipidemia), obesidad o historial de niveles elevados de azúcar en sangre (glucosa). Los exámenes también pueden ser cubiertos si cumple con otros requisitos, como tener sobrepeso y tener antecedentes familiares de diabetes.</p> <p>Es posible que sea elegible para realizarse hasta dos pruebas de detección de diabetes cada 12 meses después de la fecha de su prueba de detección de diabetes más reciente.</p>	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para las pruebas de detección de diabetes cubiertas por Medicare.</p>

## Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p> <b>Capacitación para el autocontrol de la diabetes, servicios y suministros para pacientes diabéticos</b> Para todas las personas que tienen diabetes (que usan y no usan insulina). Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Suministros para controlar la glucosa en sangre: glucómetro, tiras reactivas para análisis de glucosa en sangre, dispositivos de punción y lancetas, y soluciones de control de glucosa para verificar la precisión de las tiras reactivas y de los glucómetros.</li> <li>• Para las personas que padecen diabetes y pie diabético grave: un par de zapatos terapéuticos a medida por año calendario (con los zapatos se incluyen las plantillas ortopédicas) y dos pares extra de plantillas ortopédicas, o un par de zapatos profundos y tres pares de plantillas ortopédicas (con los zapatos no se incluyen las plantillas ortopédicas extraíbles que no están hechas a medida). La cobertura incluye adaptación.</li> <li>• La capacitación para el autocontrol de la diabetes está cubierta, siempre que se cumpla con ciertos requisitos.</li> </ul>	<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 con cobertura de Medicare.</p> <p>Cubrimos fabricantes específicos de suministros y servicios para diabéticos de Abbott y LifeScan.</p>
<p><b>Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados</b> (En el Capítulo 12 y en la Sección 7 del Capítulo 3 de este documento, encontrará una definición de equipo médico duradero). Los artículos cubiertos incluyen, entre otros, sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para la diabetes, camas de hospital recetadas por un proveedor para usar en el hogar, bombas de infusión intravenosa, dispositivos para la generación del habla, equipo de oxígeno, nebulizadores y andadores.</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 que no tiene una vida útil de más de 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 de más de 1 año) con un costo de \$500 o más.</p>

## Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p><b>Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados (continuación)</b></p> <p>Cubrimos todo el DME que sea médicamente necesario cubierto por Medicare Original. Si nuestro proveedor en su área no trabaja una marca o un fabricante en particular, puede solicitarle que le realice un pedido especial para usted. La lista más reciente de proveedores se encuentra disponible en nuestro sitio web en <a href="http://www.RiverSpringHealthPlans.org">www.RiverSpringHealthPlans.org</a>.</p>	<p>Su costo compartido para la cobertura de Medicare del equipo de oxígeno es del 20%, cada mes.</p> <p>Su costo compartido no cambiará después de estar 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>
<p><b>Atención de emergencia</b></p> <p>La atención de emergencia hace referencia a los servicios con estas características:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Son brindados por un proveedor calificado para ofrecer servicios de emergencia, y</li> <li>• Son necesarios para evaluar o estabilizar una afección de emergencia.</li> </ul> <p>Una emergencia médica es cuando usted, o cualquier otra persona prudente, con un conocimiento normal sobre salud y medicina, cree que tiene síntomas médicos que requieren de atención médica inmediata para evitar que pierda la vida (y, si está embarazada, la pérdida del feto), una extremidad o la función de una extremidad. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, una lesión, un dolor intenso o una afección que se agrava rápidamente.</p> <p>Los costos compartidos para los servicios de emergencia necesarios que se brindan fuera de la red son los mismos que para los mismos servicios que se brindan 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>Se eximirá su costo compartido si es admitido 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 <i>O BIEN</i>, 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>

## Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p><b>Servicios de audición</b></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 ambulatorios cuando se obtienen de un médico, audiólogo u otro proveedor calificado.</p>	<p>Usted paga el 20% del monto aprobado por Medicare para exámenes para diagnosticar o tratar asuntos de equilibrio o audición.</p> <p>*Se requiere autorización previa.</p>
<p> <b>Prueba de detección de VIH</b></p> <p>Para personas que solicitan una prueba de detección de VIH o que están en mayor riesgo de infección por el VIH, cubrimos lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Una prueba de detección cada 12 meses.</li> </ul> <p>Para mujeres embarazadas, cubrimos lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hasta tres pruebas de detección durante el embarazo.</li> </ul>	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para pruebas de detección de VIH preventivas cubiertas por Medicare.</p>
<p><b>Agencia de atención médica a domicilio</b></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. El requisito es que usted no pueda salir de su casa, lo que significa que hacerlo implica un gran esfuerzo. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios de enfermería especializada o los servicios de un auxiliar de atención de la salud a domicilio en forma intermitente o de medio tiempo (para que se los cubra en función del beneficio de atención médica a domicilio, los servicios de enfermería especializada y los servicios de un auxiliar de atención médica a domicilio combinados deben totalizar menos de 8 horas por día y 35 horas por semana).</li> <li>• Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla.</li> <li>• Servicios médicos y sociales.</li> <li>• Equipos y suministros médicos.</li> </ul>	<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 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p><b>Terapia de infusión domiciliaria</b></p> <p>El tratamiento de infusión en el hogar implica la administración intravenosa o subcutánea de medicamentos o productos biológicos a una persona en su hogar. Los componentes necesarios para realizar una infusión en el hogar incluyen el medicamento (por ejemplo, antivíricos, inmunoglobulinas), el equipo (por ejemplo, una bomba) y los suministros (por ejemplo, sondas y catéteres).</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios profesionales, incluidos los servicios de enfermería, brindados de conformidad con el plan de atención.</li> <li>• Capacitación y educación del paciente que no estén cubiertas por el beneficio de equipo médico duradero.</li> <li>• Monitoreo remoto.</li> <li>• 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.</li> </ul>	<p>El coseguro mínimo se establece en 0% para reflejar el coseguro más bajo posible para un medicamento reembolsable de la Parte B. El coseguro máximo es del 20%.</p>
<p><b>Atención en un hospicio</b></p> <p>Usted es elegible para el beneficio de hospicio cuando su médico y el director médico del hospicio le han dado un diagnóstico de enfermedad terminal que certifica que tiene una enfermedad terminal y que tiene una expectativa de vida inferior a 6 meses si su enfermedad sigue el curso normal. Es posible que reciba atención a través de un programa de hospicio certificado por Medicare. Su plan está obligado a ayudarlo a encontrar programas de hospicio certificados por Medicare en el área de servicio del plan, incluidos aquellos que la organización de MA posee, controla o en las que tiene un interés financiero. El médico del hospicio puede ser un proveedor dentro o fuera de la red.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Medicamentos para controlar síntomas y aliviar el dolor</li> </ul>	<p>Cuando se inscribe en un programa de servicios para pacientes con enfermedades terminales certificado por Medicare, Medicare Original 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 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p><b>Atención en un hospicio (continuación)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Atención de alivio a corto plazo</li> <li>• Atención a domicilio</li> </ul> <p>Cuando es admitido en un hospicio, tiene derecho a permanecer en su plan; si elige permanecer en su plan, debe continuar pagando las primas del plan.</p> <p><u>Para los servicios en un hospicio y para los servicios cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare y que se relacionan con su diagnóstico de enfermedad terminal:</u> Medicare Original (en lugar de nuestro plan) pagará a su proveedor del hospicio por sus servicios en un hospicio y cualquier servicio de la Parte A y la Parte B relacionado con su diagnóstico de enfermedad terminal. Mientras esté en el programa de hospicios, su proveedor del hospicio facturará a Medicare Original por los servicios que Medicare Original cubra. Se le facturará el costo compartido de Medicare Original.</p> <p><u>Para los servicios cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare y que no se relacionen con su diagnóstico de enfermedad terminal:</u> Si necesita servicios que no sean de emergencia ni de urgencia que estén cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare y que no estén relacionados con su diagnóstico de enfermedad terminal, el costo de estos servicios depende de si usted utiliza un proveedor de la red de nuestro plan y sigue las normas del plan (como si hay algún requisito de obtener una autorización previa).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Si obtiene los servicios cubiertos de un proveedor de la red y sigue las normas del plan para los servicios recibidos, solo pagará el monto de costo compartido del plan para los servicios dentro de la red</li> <li>• Si obtiene los servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red, pagará el costo compartido correspondiente al pago por servicio de Medicare (Medicare Original)</li> </ul>	

## Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p><b>Atención en un hospicio (continuación)</b></p> <p>Para los servicios cubiertos por <a href="#">RiverSpring Star (HMO I-SNP)</a>, pero que no están cubiertos por la Parte A o B de Medicare: <a href="#">RiverSpring Star (HMO I-SNP)</a> 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 paga el monto del costo compartido de su plan por estos servicios.</p> <p>Para los medicamentos que pueden estar cubiertos por los beneficios de la Parte D del plan: <u>Si estos medicamentos no están relacionados con su condición en un hospicio por enfermedad terminal, usted paga el costo compartido. Si están relacionados con su condición en un hospicio por enfermedad terminal, entonces usted paga el costo compartido de Medicare Original.</u> los medicamentos nunca están cubiertos por el hospicio y 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 hospicio certificado por Medicare?</i>).</p> <p><b>Nota:</b> Si necesita atención médica que no sea en un hospicio (atención que no está relacionado con su diagnóstico de enfermedad terminal), debe comunicarse con nosotros para coordinar los servicios.</p>	
<p> <b>Vacunas</b></p> <p>Los servicios de la Parte B cubiertos por Medicare incluyen los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vacuna contra la neumonía</li> <li>• Vacunas antigripales/contra la influenza (o vacunas), una vez cada temporada de la influenza/gripe, en otoño e invierno, con vacunas antigripales/contra la influenza (o vacunas) adicionales si son médicamente necesarias</li> <li>• Vacunas contra la hepatitis B si corre riesgo alto o intermedio de contraer hepatitis B</li> <li>• Vacunas contra la COVID-19</li> <li>• Otras vacunas si su salud está en peligro y si cumple con las normas de cobertura de la Parte B de Medicare</li> </ul>	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para las vacunas contra la neumonía, la gripe, la hepatitis B ni la COVID-19.</p>

## Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p><b>Vacunas (continuación)</b> También cubrimos la mayoría de las vacunas para adultos en virtud de los beneficios de cobertura para medicamentos con receta de la Parte D. Consulte la Sección 8 del Capítulo 6 para obtener información adicional.</p>	
<p><b>Atención hospitalaria para pacientes internados</b> Incluye servicios hospitalarios de cuidados agudos, de rehabilitación, de atención a largo plazo y de otros tipos para pacientes internados. La atención hospitalaria para pacientes internados comienza el día en que formalmente ingresa al hospital con una orden del médico. El día anterior a su alta médica es su último día como paciente internado.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Habitación semiprivada (o privada si es médicamente necesario)</li> <li>• Comidas, incluidas dietas especiales</li> <li>• Servicios de enfermería permanentes</li> <li>• Costos de las unidades de cuidados especiales (por ejemplo, unidades de cuidados intensivos o coronarios)</li> <li>• Medicamentos</li> <li>• Análisis de laboratorio</li> <li>• Radiografías y otros servicios radiológicos</li> <li>• Suministros médicos y quirúrgicos necesarios</li> <li>• Uso de aparatos, como sillas de ruedas</li> <li>• Costos de la sala de operaciones y de recuperación</li> <li>• Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla y del lenguaje</li> <li>• Servicios por el trastorno por el consumo de sustancias para pacientes internados</li> <li>• En determinadas condiciones, están cubiertos los siguientes tipos de trasplantes: córnea, riñón, páncreas y riñón, corazón, hígado, pulmón, corazón/pulmón, médula ósea, células madre</li> </ul>	<p>En 2025, usted paga: un deducible de \$0 para cada período de beneficios. Se aplica un deducible por admisión una vez durante el período de beneficios definido.</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>Días 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 reglas de autorización previa para toda la atención hospitalaria para pacientes hospitalizados que no sea de emergencia.</p> <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</p>

## Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p><b>Atención hospitalaria para pacientes internados (continuación)</b></p> <p>e intestinos/múltiples vísceras. 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 de trasplantes pueden ser locales o estar fuera del área de servicio. Si nuestros servicios de trasplante dentro de la red se encuentran fuera del patrón de atención de la comunidad, puede elegir un lugar cerca, siempre y cuando los proveedores locales de trasplante estén dispuestos a aceptar la tarifa de Medicare Original. 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</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sangre: se incluye almacenamiento y administración. La cobertura de sangre completa y de concentrado de glóbulos rojos comienza a partir de la cuarta pinta de sangre que usted necesite; debe pagar por las 3 primeras pintas de sangre que reciba en un año calendario o donar la sangre usted mismo o pedirle a alguien más que done. Todos los otros componentes de la sangre están cubiertos desde la primera pinta de sangre utilizada</li> <li>• Servicios médicos</li> </ul> <p><b>Nota:</b> Para ser paciente internado, el proveedor debe hacer una orden por escrito para que lo ingresen de manera formal como paciente internado en el hospital. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado un paciente externo. Si no está seguro de si es un paciente internado o externo, consulte con el personal del hospital.</p>	<p>un hospital que forma parte de la red.</p>

## Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p><b>Atención hospitalaria para pacientes internados (continuación)</b></p> <p>También puede encontrar más información en la hoja de datos de Medicare denominada "<i>¿Está usted internado o es un paciente externo? Si tiene Medicare, ¡consulte!</i>" (<i>Are You a Hospital Inpatient or Outpatient? If You Have Medicare – Ask!</i>). Esta hoja de datos está disponible en el sitio web <a href="https://es.medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf">https://es.medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf</a> o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números de forma gratuita, durante las 24 horas, los 7 días de la semana.</p>	
<p><b>Servicios de hospitalización en un hospital psiquiátrico</b></p> <p>Los servicios cubiertos incluyen servicios de salud mental que requieren hospitalización. 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 hospitalizados no aplica a servicios de salud mental para pacientes hospitalizados prestados en un hospital general.</p>	<p>En 2025, usted paga: un deducible de \$0 para cada período de beneficios. Se aplica un deducible por admisión una vez durante el período de beneficios definido.</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>Días 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 reglas de autorización previa para toda la atención hospitalaria para pacientes hospitalizados que no sea de emergencia.</p>

## Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p><b>Hospitalización: Servicios cubiertos recibidos en un hospital o SNF durante una hospitalización no cubierta</b></p> <p>Si ha agotado sus beneficios para paciente internado o si la hospitalización no es razonable y necesaria, no cubriremos su hospitalización. Sin embargo, en algunos casos, cubriremos ciertos servicios que recibe mientras está en el hospital o en el centro de atención de enfermería especializada (SNF). Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios médicos</li> <li>• Análisis de diagnóstico (como los análisis de laboratorio)</li> <li>• Tratamiento con radiografías, radio e isótopos, incluidos los servicios y materiales de los técnicos</li> <li>• Vendajes quirúrgicos</li> <li>• Entablillados, yesos y otros dispositivos que se utilizan para reducir fracturas y dislocaciones</li> <li>• Dispositivos protésicos y ortésicos (salvo los dentales) que sustituyen una parte o la totalidad de un órgano interno del cuerpo (incluso tejido contiguo), o bien una parte o la totalidad del funcionamiento de un órgano interno del cuerpo que no funciona bien o que permanentemente no funciona, incluso la sustitución o reparación de dichos dispositivos</li> <li>• Soportes para piernas, brazos, espalda y cuello; bragueros y piernas, brazos y ojos artificiales, incluidos ajustes, reparaciones y reemplazos necesarios debidos a la rotura, al desgaste, a la pérdida o a un cambio en el estado físico del paciente</li> <li>• Fisioterapia, terapia del habla y terapia ocupacional.</li> </ul>	<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>

## Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p> <b>Terapia de nutrición médica</b></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 Medicare Original) 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.</p> <p>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>
<p> <b>Programa de prevención de la diabetes de Medicare (MDPP)</b></p> <p>Los servicios del Programa de prevención de la diabetes de Medicare (MDPP) estarán cubiertos para los beneficiarios elegibles de Medicare a través de todos los planes de salud de Medicare.</p> <p>El MDPP es una intervención estructurada de cambio de conducta de salud que brinda capacitación práctica sobre cambio en la dieta a largo plazo, mayor actividad física y estrategias de resolución de problemas para superar los desafíos a fin de mantener la pérdida de peso y un estilo de vida saludable.</p>	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para el beneficio del MDPP.</p>
<p><b>Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare</b></p> <p>La Parte B de Medicare Original cubre estos medicamentos. Los miembros de nuestro plan reciben la cobertura de estos medicamentos a través de nuestro plan. Los medicamentos cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Medicamentos que, generalmente, el paciente no se autoadministra y que se aplican por medio de una inyección o infusión cuando recibe los servicios de médicos, en un hospital para pacientes externos o en un centro quirúrgico ambulatorio</li> </ul>	<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>Usted paga un máximo de \$35 por un suministro para un mes de cada producto de insulina, sin importar en qué nivel de costo compartido</p>

## Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p><b>Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare (continuación)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Insulina provista a través de un equipo médico duradero (por ejemplo, una bomba de insulina médicamente necesaria)</li> <li>• Otros medicamentos que se administran con equipo médico duradero (por ejemplo, nebulizadores) autorizados por el plan.</li> <li>• El medicamento para el Alzheimer, Leqembi® (nombre genérico lecanemab), que se administra por vía intravenosa. Además de los costos de los medicamentos, es posible que necesite análisis y tomografías adicionales antes o durante el tratamiento que podrían agregarse a sus costos totales. Consulte a su médico qué tomografías y pruebas puede necesitar como parte del tratamiento</li> <li>• Factores de la coagulación que se aplica usted mismo mediante una inyección si tiene hemofilia</li> </ul> <p>Medicamentos inmunosupresores/para trasplantes: Medicare cubre el tratamiento con medicamentos para trasplantes si Medicare pagó por el trasplante de órgano. Debe tener la Parte A en el momento del trasplante cubierto y la Parte B en el momento en que obtenga los medicamentos inmunosupresores. Tenga en cuenta que la cobertura para medicamentos de Medicare (Parte D) cubre los medicamentos inmunosupresores si la Parte B no los cubre.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 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</li> <li>• Algunos antígenos: Medicare cubre antígenos si un médico los prepara y una persona adecuadamente instruida (que podría ser usted, el paciente) los administra bajo la supervisión adecuada</li> </ul>	<p>se encuentre, incluso si no ha pagado su deducible.</p> <p>*Se requiere autorización previa.</p>

**Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)**

<b>Servicios cubiertos</b>	<b>Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios</b>
<p><b>Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare (continuación)</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Determinados medicamentos orales para el tratamiento del cáncer: Medicare cubre algunos medicamentos orales para el cáncer que toma por la boca si el mismo medicamento está disponible en forma inyectable o si el medicamento es un profármaco (una forma oral de un medicamento que, cuando se ingiere, se descompone en el mismo principio activo que se encuentra en el medicamento inyectable) del medicamento inyectable. La Parte B puede cubrir nuevos medicamentos orales para el tratamiento del cáncer a medida que estén disponibles. Si la Parte B no los cubre, la Parte D sí los cubre</li><li>• Medicamentos orales para las náuseas: Medicare cubre los medicamentos orales para las náuseas que utilice como parte de un régimen quimioterapéutico contra el cáncer si se administran antes, durante o dentro de las 48 horas posteriores a la quimioterapia, o se utilizan como reemplazo terapéutico total para un medicamento intravenoso contra las náuseas</li><li>• Determinados medicamentos orales para la enfermedad renal terminal (ESRD) si el mismo medicamento está disponible en forma inyectable y el beneficio de la ESRD de la Parte B lo cubre</li><li>• Medicamentos calcimimético según el sistema de pago de la ESRD, incluidos los medicamentos intravenosos Parsabiv® y el medicamento oral Sensipar®</li><li>• Determinados medicamentos para autodiálisis en su hogar, incluidos heparina, el antídoto para la heparina (cuando sea médicamente necesario) y anestésicos tópicos</li></ul>	

## Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p><b>Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare (continuación)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fármacos estimuladores de la eritrocitopoyesis: Medicare cubre la eritropoyetina mediante inyección si usted tiene enfermedad renal terminal (ESRD) o si necesita este medicamento para tratar la anemia relacionada con otras afecciones (por ejemplo, Procrit®)</li> <li>• Inmunoglobulinas intravenosas para el tratamiento a domicilio de deficiencias inmunitarias primarias</li> <li>• Nutrición parenteral y enteral (intravenosa y para sondas)</li> </ul> <p>Mediante el siguiente enlace accederá a una lista de medicamentos de la Parte B que pueden estar sujetos a tratamiento escalonado: <a href="https://riverspringstar.org/prescription-drugs/drug-coverage/">https://riverspringstar.org/prescription-drugs/drug-coverage/</a>.</p> <p>También cubrimos algunas vacunas en la Parte B y la mayoría de las vacunas para adultos en virtud de los beneficios de cobertura para medicamentos con receta de la Parte D.</p> <p>El Capítulo 5 explica el beneficio para medicamentos con receta de la Parte D e indica las normas que deben seguirse a fin de recibir cobertura para los medicamentos con receta. Lo que paga por sus medicamentos con receta de la Parte D a través de nuestro plan se explica en el Capítulo 6.</p>	
<p> <b>Prueba de detección de obesidad y tratamiento para fomentar la pérdida de peso continua</b></p> <p>Si usted tiene un índice de masa corporal de 30 o más, cubrimos asesoramiento intensivo para ayudarlo a perder peso. Este asesoramiento está cubierto si usted lo recibe en un establecimiento de atención primaria, donde se puede coordinar con su plan integral de prevención. Para obtener más información, consulte con su médico o profesional de atención primaria.</p>	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para los tratamientos y las pruebas de detección preventivos de obesidad.</p>

## Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p><b>Servicios del programa de tratamiento para opioides</b> Los miembros de nuestro plan con trastorno por uso de opioides (OUD) pueden recibir la cobertura de servicios para tratar los OUD a través de un Programa de tratamiento para opioides (OTP), que incluye los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Medicamentos aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) de los Estados Unidos y medicamentos agonistas y antagonistas para tratamiento asistido por medicamentos (MAT)</li> <li>• Suministro y administración de medicamentos de MAT (si corresponde)</li> <li>• Asesoramiento sobre el trastorno por el consumo de sustancias</li> <li>• Terapia individual y grupal</li> <li>• Análisis de toxicología</li> <li>• Actividades de ingesta</li> <li>• Evaluaciones periódicas</li> </ul>	<p>Usted paga un coseguro del 20% del monto aprobado por Medicare para el servicio.</p> <p>*Se requiere autorización previa.</p>
<p><b>Pruebas de diagnóstico, servicios terapéuticos y suministros para pacientes externos</b> Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Radiografías</li> <li>• Radioterapia (con radio e isótopo), incluidos suministros y materiales técnicos</li> <li>• Suministros quirúrgicos, por ejemplo, vendajes.</li> <li>• Entablillados, yesos y otros dispositivos que se utilizan para reducir fracturas y dislocaciones</li> <li>• Análisis de laboratorio</li> <li>• Sangre: se incluye almacenamiento y administración. La cobertura de sangre completa y de concentrado de glóbulos rojos comienza a partir de la cuarta pinta de sangre que usted necesite; debe pagar por las 3 primeras pintas de sangre que reciba en un año calendario o donar la sangre usted mismo o pedirle a alguien más que done. Todos los demás hemoderivados están cubiertos a partir de la primera pinta usada</li> </ul>	<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>Pruebas o procedimientos de diagnóstico: *Solo se requiere autorización para exploraciones por resonancia magnética (MRI)</p>

## Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p><b>Pruebas de diagnóstico, servicios terapéuticos y suministros para pacientes externos (continuación)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Otros exámenes de diagnóstico para pacientes externos.</li> </ul>	<p>y tomografía por emisión de positrones (PET).</p> <p>Servicios de laboratorio: <b>*No se requiere autorización</b> para los servicios de laboratorio de rutina.</p>
<p><b>Observación hospitalaria para pacientes externos</b></p> <p>Los servicios de observación son servicios hospitalarios para pacientes externos proporcionados para determinar si necesita ser ingresado como paciente internado o puede ser dado de alta.</p> <p>Para que se cubran servicios de observación hospitalaria para pacientes externos, deben cumplir los criterios de Medicare y considerarse razonables y necesarios.</p> <p>Los servicios de observación tienen cobertura solo cuando son proporcionados a partir de la orden de un médico o de otra persona autorizada por la ley de licencias del estado y los reglamentos sobre personal del hospital para ingresar pacientes al hospital u ordenar pruebas para pacientes externos.</p> <p><b>Nota:</b> A menos que el proveedor haya dejado por escrito una orden de admisión como paciente internado, usted es un paciente externo y paga los montos del costo compartido por servicios hospitalarios para pacientes externos. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado un paciente externo. Si no está seguro de si es un paciente externo, consulte con el personal del hospital.</p> <p>También puede encontrar más información en la hoja de datos de Medicare denominada "<i>¿Está usted internado o es un paciente externo? Si tiene Medicare, ¡consulte!</i>" (<i>Are You a Hospital Inpatient or Outpatient? If You Have Medicare – Ask!</i>). Esta hoja de datos está disponible en el sitio web <a href="https://es.medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf">https://es.medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf</a> o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números de forma gratuita, durante las 24 horas, los 7 días de la semana.</p>	<p>Usted paga un coseguro del 20% para servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios aprobados por Medicare.</p> <p>*Se requiere autorización previa.</p>

## Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p><b>Servicios hospitalarios para pacientes externos</b></p> <p>Cubrimos servicios médicamente necesarios que se le hayan brindado en el departamento de pacientes externos de un hospital para diagnóstico y tratamiento de una enfermedad o lesión.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios en un departamento de emergencias o una clínica para pacientes externos, como servicios de observación o cirugía para pacientes externos</li> <li>• Pruebas de laboratorio y de diagnóstico facturadas por el hospital</li> <li>• Atención de salud mental, incluida la atención en un programa de hospitalización parcial, si un médico certifica que el tratamiento con internación podría ser requerido sin esta atención</li> <li>• Radiografías y otros servicios de radiología facturados por el hospital</li> <li>• Suministros médicos como entablillados y yesos</li> <li>• Algunos medicamentos y productos biológicos que no se pueden autoadministrar</li> </ul> <p><b>Nota:</b> A menos que el proveedor haya dejado por escrito una orden de admisión como paciente internado, usted es un paciente externo y paga los montos del costo compartido por servicios hospitalarios para pacientes externos. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado un paciente externo. Si no está seguro de si es un paciente externo, consulte con el personal del hospital.</p> <p>También puede encontrar más información en la hoja de datos de Medicare denominada "<i>¿Está usted internado o es un paciente externo? Si tiene Medicare, ¡consulte!</i>" (<i>Are You a Hospital Inpatient or Outpatient? If You Have Medicare – Ask!</i>). Esta hoja de datos está disponible en el sitio web <a href="https://es.medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf">https://es.medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf</a> o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números de forma gratuita, durante las 24 horas, los 7 días de la semana.</p>	<p>Usted paga un coseguro del 20% para servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios aprobados por Medicare.</p> <p>*Se requiere autorización previa.</p>

## Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p><b>Atención de salud mental para pacientes externos</b>            Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:            Servicios de salud mental prestados por un psiquiatra o médico autorizado por el estado, psicólogo clínico, asistente social clínico, especialista en enfermería clínica, consejera profesional autorizada (LPC), terapeuta familiar y matrimonial con licencia (LMFT), enfermero practicante (NP), asistente médico (PA) u otro profesional de atención de salud mental calificado por Medicare, según lo permitido por la legislación estatal aplicable.</p>	<p>Visita de terapia grupal para pacientes ambulatorios con un psiquiatra: Usted paga un coseguro del 20%.</p> <p>Terapia individual para pacientes ambulatorios con un psiquiatra: Usted paga un coseguro del 20%.</p> <p>*Se requiere autorización previa.</p>
<p><b>Servicios de rehabilitación para pacientes externos</b>            Los servicios cubiertos incluyen fisioterapia, terapia ocupacional, terapia del habla y del lenguaje.            Los servicios de rehabilitación para pacientes externos son brindados en varios entornos para pacientes externos, como departamentos ambulatorios de hospitales, consultorios de terapeutas independientes y Centros de rehabilitación integral para pacientes externos (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><b>Servicios por el trastorno por el consumo de sustancias para pacientes externos</b>            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. *Se requiere autorización previa.</p>
<p><b>Cirugía para pacientes externos, incluidos servicios brindados en centros hospitalarios para pacientes externos y centros quirúrgicos ambulatorios</b>  <b>Nota:</b> Si va a ser sometido a una cirugía en un centro hospitalario, consulte con el proveedor si será considerado un paciente internado o externo. A menos que el proveedor escriba una orden de admisión para su hospitalización, usted es un paciente externo y paga los montos del costo compartido para la cirugía para pacientes externos. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado un 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 de los centros de cirugía ambulatoria.</p>

## Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p><b>Cirugía para pacientes externos, incluidos servicios brindados en centros hospitalarios para pacientes externos y centros quirúrgicos ambulatorios (continuación)</b></p>	<p>Usted paga el 20% del monto aprobado por Medicare para servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios.</p> <p>*Se requiere autorización para servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios.</p>
<p><b>Artículos de venta libre (OTC) relacionados con la salud</b></p> <p>Los artículos de OTC 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>Usted puede gastar hasta \$150 cada mes para comprar ciertos productos de venta libre.</p> <p>Se puede usar hasta el 50% (\$75) 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>Los beneficios mencionados son parte del programa complementario especial para personas con enfermedades crónicas. Algunos ejemplos de afecciones incluyen <i>trastorno cardiovascular, hipertensión, osteoartritis, trastorno endocrino y trastorno gastrointestinal</i>.</p> <p>La elegibilidad para este beneficio no se puede garantizar basándose únicamente en su afección.</p> <p>A los miembros elegibles se les notificará y recibirán instrucciones sobre cómo acceder a este beneficio.</p>

## Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p><b>Servicios de hospitalización parcial y servicios intensivos para pacientes externos</b></p> <p>La <i>hospitalización parcial</i> es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo, suministrado como un servicio hospitalario para pacientes externos o en un centro comunitario de salud mental, que es más intenso que la atención recibida en el consultorio del médico, del terapeuta, del terapeuta familiar y matrimonial con licencia (LMFT) o en un consultorio de asesores profesionales con licencia y es una alternativa a la hospitalización.</p> <p><i>El servicio intensivo para pacientes externos</i> es un programa estructurado de tratamiento de salud conductual (mental) activo proporcionado en un departamento de pacientes externos de un hospital, un centro comunitario de salud mental, un centro de salud calificado por el gobierno federal o una clínica de salud rural que es más intensa que es más intenso que la atención recibida en el consultorio del médico, del terapeuta, del terapeuta familiar y matrimonial con licencia (LMFT) o en un consultorio de asesores profesionales con licencia, pero menos intenso que la hospitalización parcial.</p>	<p>Usted paga el 20% del monto aprobado por Medicare para servicios de hospitalización parcial.</p> <p>*Se requiere autorización previa.</p>
<p><b>Servicios de médicos o profesionales, incluidas consultas en el consultorio del médico</b></p> <p>Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios quirúrgicos o de atención médica necesarios llevados a cabo en un consultorio médico, centro quirúrgico ambulatorio certificado, departamento para pacientes externos de un hospital o cualquier otra ubicación</li> <li>• Consultas con un especialista, y diagnóstico y tratamiento a cargo de un especialista</li> <li>• Exámenes auditivos y relacionados con el equilibrio básicos realizados por nuestro PCP o especialista, si el médico así lo indica para determinar si usted necesita tratamiento médico.</li> </ul>	<p>No hay costo compartido para los servicios de médicos o profesionales.</p> <p>Usted paga el 20% por los servicios de un médico especialista (excluidos los servicios psiquiátricos):</p>

## Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p><b>Servicios de médicos o profesionales, incluidas consultas en el consultorio del médico (continuación)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Algunos servicios de telesalud, incluidos la consulta, el diagnóstico y el tratamiento por parte de un médico o profesional de la salud para pacientes en ciertas áreas rurales y otros lugares aprobados por Medicare</li> <li>• Servicios de telesalud para las consultas mensuales relacionadas con una enfermedad renal terminal para los miembros que se realizan diálisis en el hogar en un centro de diálisis renal basado en un hospital o basado en un hospital de acceso crítico, centro de diálisis renal o el hogar del miembro</li> <li>• Servicios de telesalud para diagnosticar, evaluar o tratar síntomas de una apoplejía, independientemente de su ubicación</li> <li>• Servicios de telesalud para miembros con un trastorno por el consumo de sustancias o un trastorno de salud mental que ocurre en simultáneo, independientemente de su ubicación</li> <li>• Servicios de telesalud para el diagnóstico, la evaluación y el tratamiento de trastornos de salud mental si se cumple lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Tiene una visita en persona dentro de los 6 meses anteriores a su primera visita de telesalud</li> <li>○ Tiene una visita en persona cada 12 meses mientras recibe estos servicios de telesalud</li> <li>○ Se pueden hacer excepciones a lo anterior en ciertas circunstancias</li> </ul> </li> <li>• Servicios de telesalud para consultas de salud mental brindadas por clínicas de salud rurales y Centros de salud calificados a nivel federal</li> <li>• Controles virtuales (por ejemplo, por teléfono o chat de video) con su médico durante 5-10 minutos <b>si:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ No es un paciente nuevo y</li> <li>○ El control no está relacionado con una consulta en el consultorio en los últimos 7 días y</li> </ul> </li> </ul>	

## Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p><b>Servicios de médicos o profesionales, incluidas consultas en el consultorio del médico (continuación)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ El control no lleva a una consulta en el consultorio dentro de las 24 horas o la cita disponible más cercana</li> <li>● Evaluación de videos o imágenes que usted envía a su médico, e interpretación y seguimiento por parte de su médico en un plazo de 24 horas <b>si</b>: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ No es un paciente nuevo y</li> <li>○ La evaluación no está relacionada con una consulta en el consultorio en los últimos 7 días y</li> <li>○ La evaluación no lleva a una consulta en el consultorio dentro de las 24 horas o la cita disponible más cercana</li> </ul> </li> <li>● Consulta que su médico tiene con otros médicos por teléfono, Internet o historia clínica electrónica</li> <li>● Segunda opinión de otro proveedor de la red antes de la cirugía</li> <li>● Atención odontológica que no sea de rutina (los servicios cubiertos se limitan a cirugía de la mandíbula o estructuras relacionadas, reducción de fracturas de mandíbula o huesos faciales, extracción de dientes para preparar la mandíbula para aplicar radioterapia por una enfermedad neoplásica o servicios que estarían cubiertos si los brindara un médico)</li> <li>● Servicios de telesalud prestados por terapeutas ocupacionales (OT) calificados, fisioterapeutas (PT), patólogos del habla y el lenguaje (SLP) y audiólogos</li> </ul>	
<p><b>Servicios de podiatría</b></p> <p>Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Diagnóstico y tratamiento médico o quirúrgico de lesiones y enfermedades de los pies (por ejemplo, dedo en martillo o espolones calcáneos).</li> <li>● Atención de rutina de los pies para los miembros que padecen determinadas afecciones médicas que comprometen las extremidades inferiores.</li> </ul>	<p>Usted paga un coseguro del 20% del monto aprobado por Medicare para servicios de podiatría.</p> <p>*Se requiere autorización previa.</p>

## Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p> <b>Pruebas de detección de cáncer de próstata</b> Para los hombres de 50 años o más, los servicios cubiertos incluyen los siguientes estudios una vez cada 12 meses:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tacto rectal</li> <li>• Análisis del antígeno prostático específico (PSA)</li> </ul>	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para un análisis del PSA anual.</p> <p>Usted paga un coseguro del 20% por el examen de tacto rectal.</p>
<p><b>Dispositivos protésicos y ortésicos, y suministros relacionados</b> Dispositivos (no odontológicos) que reemplazan una función o parte del cuerpo parcial o totalmente. Estos incluyen, entre otros, pruebas, adaptación o preparación para el uso de dispositivos protésicos y ortésicos, así como: bolsas de colostomía y artículos directamente relacionados con el cuidado de la colostomía, marcapasos, férulas, zapatos protésicos, extremidades artificiales, prótesis mamarias (incluido un sostén quirúrgico para después de una mastectomía). Se incluyen determinados suministros relacionados con dispositivos protésicos y ortésicos, así como la reparación o sustitución de estos dispositivos. Además, también se proporciona cierto grado de cobertura después de la extracción de cataratas o de una cirugía de cataratas (para obtener más detalles, consulte <b>Atención de la vista</b> más adelante en esta sección).</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><b>Servicios de rehabilitación pulmonar</b> 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>

## Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p> <b>Prueba de detección y asesoramiento para reducir el abuso de alcohol</b> Cubrimos una prueba de detección de abuso de alcohol para adultos con Medicare (incluidas mujeres embarazadas) que abusan del alcohol, pero que no son dependientes. Si el resultado de la prueba de detección de abuso de alcohol es positivo, usted puede obtener hasta 4 sesiones breves de asesoramiento personales por año (si demuestra ser competente y estar alerta durante el asesoramiento) brindado por un médico o profesional de atención primaria calificado en un establecimiento de atención primaria.</p>	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para el beneficio preventivo de detección y asesoramiento para reducir el abuso de alcohol cubierto por Medicare.</p>
<p> <b>Examen de detección de cáncer de pulmón con tomografía computarizada de baja dosis (LDCT)</b> Para las personas que reúnen los requisitos, se cubre una tomografía computarizada de baja dosis (LDCT) cada 12 meses. <b>Los miembros elegibles deben cumplir con los siguientes requisitos:</b> tener entre 50 y 77 años y no tener signos ni síntomas de cáncer de pulmón, pero tener antecedentes como fumadores de tabaco de, al menos, 20 paquetes/años y ser fumadores actualmente o haber dejado de fumar en los últimos 15 años y recibir una orden de parte de un médico o un profesional no médico calificado para realizarse una LDCT durante una consulta para el asesoramiento sobre la prueba de detección de cáncer de pulmón y de la toma de decisiones compartidas que cumplan con los criterios de Medicare para dichas consultas.</p> <p><i>Para poder realizarse una prueba de detección de cáncer de pulmón con una LDCT después de la prueba de detección inicial con una LDCT:</i> los miembros deben recibir una orden para realizarse una prueba de detección de cáncer de pulmón con una LDCT, que puede proporcionar un médico o profesional no médico calificado durante cualquier consulta apropiada.</p>	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para la consulta de asesoramiento y de toma de decisiones compartidas cubierta por Medicare o para la LDCT.</p>

## Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p><b>Examen de detección de cáncer de pulmón con tomografía computarizada de baja dosis (LDCT) (continuación)</b></p> <p>Si un médico o profesional no médico calificado elige realizar una consulta de asesoramiento y de toma de decisiones compartidas para realizar una prueba de detección de cáncer de pulmón con LDCT posterior, la consulta debe cumplir con los criterios de Medicare.</p>	
<p> <b>Prueba de detección de enfermedades de transmisión sexual (ETS) y asesoramiento para prevenirlas</b></p> <p>Cubrimos los exámenes de detección para enfermedades de transmisión sexual (ETS) para clamidia, gonorrea, sífilis y hepatitis B. Estos exámenes de detección se cubren para embarazadas y ciertas personas con mayor riesgo de una ETS cuando un proveedor de atención primaria los ordena. Cubrimos estas pruebas una vez cada 12 meses o en ciertas etapas durante el embarazo.</p> <p>También cubrimos hasta dos sesiones personales súper intensivas de asesoramiento conductual de 20 a 30 minutos por año, para adultos sexualmente activos con mayor riesgo de infecciones por ETS. Solo cubriremos estas sesiones de asesoramiento como un servicio preventivo si son brindadas por un proveedor de atención primaria y se realizan en un establecimiento de atención primaria, como en un consultorio del médico.</p>	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para beneficios preventivos para pruebas de detección de ETS y asesoramiento para prevenirlas cubiertos por Medicare.</p>
<p><b>Servicios para tratamiento de enfermedades renales</b></p> <p>Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios educativos sobre la enfermedad renal para enseñar sobre el cuidado del riñón y ayudar a los miembros a tomar decisiones informadas sobre su cuidado. En el caso de los miembros con enfermedad renal crónica en la etapa IV, cuando son remitidas por su médico, cubrimos hasta seis sesiones de servicios educativos sobre la enfermedad renal de por vida</li> </ul>	<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><b>*No</b> se requiere autorización para los servicios de educación sobre enfermedad renal.</p>

## Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p><b>Servicios para tratamiento de enfermedades renales (continuación)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tratamientos de diálisis para pacientes externos (incluso tratamientos de diálisis cuando está temporalmente fuera del área de servicio, como se explica en el Capítulo 3 o cuando su proveedor para este servicio no está disponible o no es posible comunicarse con ellos temporalmente)</li> <li>• Tratamientos de diálisis para pacientes internados (si se lo ingresa al hospital para recibir atención especial)</li> <li>• Preparación para autodiálisis (incluye su preparación y la de cualquier otra persona que lo ayude con los tratamientos de diálisis en su hogar)</li> <li>• Equipos y suministros para autodiálisis en su hogar</li> <li>• Determinados servicios de apoyo a domicilio (por ejemplo, cuando sea necesario, recibir visitas por parte de trabajadores capacitados y especializados en diálisis para verificar cómo va con la autodiálisis en su hogar, para ayudar en casos de emergencia y para revisar su equipo para diálisis y el suministro de agua)</li> </ul> <p>Ciertos medicamentos para diálisis están cubiertos por los beneficios de cobertura para medicamentos de la Parte B de Medicare. Para obtener más información sobre la cobertura de medicamentos de la Parte B, consulte la sección <b>Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare</b>.</p>	<p>*Se requiere autorización previa para miembros con certificado de enfermedad renal en etapa terminal (ESRD) en el formulario HCFA 2728.</p>
<p><b>Servicios en un centro de atención de enfermería especializada (SNF)</b> (En el Capítulo 12 de este documento, encontrará una definición de “centro de atención de enfermería especializada”, Los centros de atención de enfermería especializada suelen denominarse SNF). Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Habitación semiprivada (o privada si es médicamente necesario)</li> </ul>	<p>En 2025, 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</p>

## Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p><b>Servicios en un centro de atención de enfermería especializada (SNF) (continuación)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Comidas, incluidas dietas especiales</li> <li>• Servicios de enfermería especializada</li> <li>• Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla</li> <li>• Medicamentos administrados como parte del plan de atención (esto incluye sustancias naturalmente presentes en el organismo, como los factores de la coagulación de la sangre)</li> <li>• Sangre: se incluye almacenamiento y administración. La cobertura de sangre completa y de concentrado de glóbulos rojos comienza a partir de la cuarta pinta de sangre que usted necesite; debe pagar por las tres primeras pintas de sangre que reciba en un año calendario o donar la sangre usted mismo o pedirle a alguien más que done. Todos los otros componentes de la sangre están cubiertos desde la primera pinta de sangre utilizada</li> <li>• Suministros médicos y quirúrgicos que habitualmente proveen los SNF</li> <li>• Análisis de laboratorio que habitualmente se realizan en los SNF</li> <li>• Radiografías y otros servicios de radiología que habitualmente se realizan en los SNF</li> <li>• Uso de aparatos, como sillas de ruedas, que habitualmente proveen los SNF</li> <li>• Servicios de médicos o profesionales</li> </ul> <p>Generalmente, la atención en los SNF la obtendrá en los centros de la red. No obstante, en ciertas condiciones, que se enumeran a continuación, puede pagar el costo compartido de los que forman parte 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"> <li>• Un centro de cuidados o una comunidad de atención continua para los jubilados donde estaba viviendo justo antes de ir al hospital (siempre que brinde los servicios de un centro de atención de enfermería especializada)</li> </ul>	<p>requiere una hospitalización previa de 3 días.</p> <p>Días 1 al 20: \$0 por día.</p> <p>Días 21 al 100: \$0 por día.</p> <p>Días 101 en adelante: \$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 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p><b>Servicios en un centro de atención de enfermería especializada (SNF) (continuación)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Un SNF donde su cónyuge o pareja doméstica esté viviendo en el momento en que usted se retire del hospital</li> </ul>	
<p> <b>Servicios para dejar de fumar y consumir tabaco (asesoramiento para dejar de fumar o consumir tabaco)</b></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 mediante terapia 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 está tomando algún medicamento que puede resultar afectado por el tabaco:</u> Cubrimos servicios de asesoramiento para abandonar el hábito. Cubrimos dos intentos para dejar de fumar mediante terapia 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 se requiere coseguro, copago ni deducible para los beneficios preventivos para dejar de fumar y de consumir tabaco cubiertos por Medicare.</p>
<p><b>Beneficios complementarios especiales para quienes tienen enfermedades crónicas</b></p> <p><b>Beneficio para artículos de venta libre (OTC) + comestibles:</b></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 artículos OTC 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>El monto del beneficio para artículos OTC + comestibles es de \$150 por mes. Se le permite gastar el 50% (\$75) del monto del beneficio para OTC en alimentos y productos frescos.</p>

**Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)**

<b>Servicios cubiertos</b>	<b>Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios</b>
<p><b>Beneficio para artículos de venta libre (OTC) + comestibles (continuación):</b></p> <p>Los miembros con las siguientes afecciones crónicas pueden ser elegibles para este beneficio:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>○ Trastornos autoinmunitarios</li><li>○ Cáncer</li><li>○ Trastornos cardiovasculares</li><li>○ Dependencia crónica al alcohol u otras drogas</li><li>○ Afecciones de salud mental crónicas e incapacitantes</li><li>○ Insuficiencia cardíaca crónica</li><li>○ Trastornos pulmonares crónicos</li><li>○ Demencia</li><li>○ Diabetes</li><li>○ Enfermedad hepática en etapa terminal</li><li>○ Enfermedad renal en etapa terminal (ESRD)</li><li>○ Trastornos endocrinos</li><li>○ Trastornos gastrointestinales</li><li>○ VIH/SIDA</li><li>○ Hipertensión</li><li>○ Trastornos neurológicos</li><li>○ Osteoartritis</li><li>○ Trastornos hematológicos graves</li><li>○ Accidente cerebrovascular</li></ul>	

## Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p><b>Terapia con ejercicios supervisados (SET)</b>            La terapia SET está cubierta para los miembros que tienen enfermedad arterial periférica (PAD) y una derivación para PAD de un médico responsable del tratamiento de PAD.            Se cubren hasta 36 sesiones en un período de 12 semanas si se cumplen los requisitos del programa de SET.            El programa de SET debe cumplir con lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Consistir en sesiones que duren entre 30 y 60 minutos y que consten de un programa de kinesioterapia para PAD en pacientes con claudicación</li> <li>• Realizarse en un hospital para pacientes ambulatorios o en un consultorio médico</li> <li>• Ser brindado por personal auxiliar calificado necesario para garantizar que los beneficios superen los daños y capacitado en terapia de ejercicio para la PAD</li> <li>• Realizarse bajo la supervisión directa de un médico, auxiliar médico o profesional en enfermería/enfermero clínico especialista capacitado tanto en técnicas de reanimación básicas como avanzadas</li> </ul> <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>
<p><b>Servicios de urgencia</b>            Un servicio cubierto por el plan que requiere atención médica inmediata y que no es una emergencia, es un servicio de urgencia si usted está temporalmente fuera del área de servicio del plan, o incluso si se encuentra dentro del área de servicio del plan, no es razonable, dado su tiempo, lugar y circunstancias para obtener este servicio de parte de proveedores de la red con los que el plan tiene un contrato. Su plan debe cubrir los servicios de urgencia y solo le cobrará el costo compartido dentro de la red. Ejemplos de servicios de urgencia son enfermedades y lesiones imprevistas, o brotes</p>	<p>Usted paga un coseguro del 20% (hasta \$45) 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 ambulatorios, usted también paga al hospital un coseguro.</p>

## Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p><b>Servicios de urgencia (continuación)</b>  inesperados de afecciones existentes. Sin embargo, las consultas de rutina médicamente necesarias, como los chequeos anuales, no se consideran de urgencia, incluso si se encuentra fuera del área de servicio del plan o si la red del plan no está disponible temporalmente.  Este beneficio está disponible solo en los Estados Unidos.</p>	
<p> <b>Atención de la vista</b>  Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios de médicos para pacientes externos para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades y lesiones de los ojos, incluido el tratamiento de la degeneración macular relacionada con la edad. Medicare Original no cubre exámenes de la vista de rutina (refracción de la vista) para anteojos o lentes de contacto</li> <li>• Para las personas que corren un alto riesgo de padecer glaucoma, cubriremos una prueba de detección de glaucoma cada año. Las personas que corren un alto riesgo de padecer glaucoma son las personas con antecedentes familiares de glaucoma, las personas diabéticas, los afroamericanos de 50 años o más y los hispanoamericanos de 65 años o más</li> <li>• Para las personas con diabetes, se cubre una prueba de detección de retinopatía diabética por año</li> <li>• Un par de anteojos o lentes de contacto después de cada cirugía de cataratas que incluya la colocación de una lente intraocular. (Si necesita dos operaciones de cataratas por separado, no puede reservar el beneficio después de la primera cirugía y comprar dos pares de anteojos después de la segunda cirugía)</li> </ul>	<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><i>*Se requiere autorización previa para los exámenes de la vista.</i></p> <p><i>*No se requiere autorización previa para los anteojos.</i></p>

## Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p> <b>Consulta preventiva Bienvenida a Medicare</b> El plan cubre la consulta preventiva única <i>Bienvenida a Medicare</i>. La consulta incluye una revisión de su salud, como así también educación y asesoramiento sobre los servicios preventivos que necesita, (incluidas ciertas pruebas de detección e inyecciones [o vacunas]) y remisiones a otro tipo de atención si fuera necesario.</p> <p><b>Importante:</b> Cubrimos la consulta preventiva <i>Bienvenida a Medicare</i> solo dentro de los primeros 12 meses de tener la Parte B de Medicare. Cuando solicite la cita, infórmele al consultorio del médico que le gustaría programar su consulta preventiva <i>Bienvenida a Medicare</i>.</p>	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para la consulta preventiva <i>Bienvenida a Medicare</i>.</p>

### SECCIÓN 3 ¿Qué servicios no están cubiertos por el plan?

#### Sección 3.1 Servicios que *no* cubrimos (exclusiones)

Esta sección le informa qué servicios están excluidos de la cobertura de Medicare y, por lo tanto, no cubre el plan.

La siguiente tabla enumera los servicios y artículos que no están cubiertos en ninguna circunstancia o solo están cubiertos en determinadas circunstancias.

Si usted obtiene servicios que están excluidos (no cubiertos), deberá pagarlos por su cuenta, excepto de acuerdo con las condiciones específicas que se mencionan a continuación. Incluso si recibe los servicios excluidos en una sala de emergencia, los servicios excluidos siguen sin estar cubiertos y el plan no los pagará. La única excepción es si el servicio se apela y se considera, mediante una apelación, como un servicio médico que debería haberse pagado o cubierto debido a su situación específica. (Para obtener información sobre cómo apelar una decisión que hayamos tomado sobre no prestar cobertura para un servicio médico, consulte la Sección 5.3 del Capítulo 9 de este documento).

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos en ninguna situación	Cubiertos solo en situaciones específicas
Acupuntura		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Disponible para personas con dolor lumbar crónico en determinadas circunstancias.</li> </ul>

**Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)**

<b>Servicios no cubiertos por Medicare</b>	<b>No cubiertos en ninguna situación</b>	<b>Cubiertos solo en situaciones específicas</b>
Cirugía o procedimientos cosméticos		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se cubren en casos de lesión accidental o para mejorar el funcionamiento de un miembro deformado.</li> <li>• Se cubren todas las etapas de reconstrucción de mama después de una mastectomía, así como también la de la mama no afectada para producir una apariencia simétrica.</li> </ul>
<p>Cuidado asistencial</p> <p>El cuidado asistencial es aquel cuidado personal que no requiere la atención continua de personal médico o paramédico capacitado, por ejemplo, ayuda con las actividades de la vida cotidiana, como bañarse o vestirse.</p>	<b>No cubiertos en ninguna situación</b>	
<p>Medicamentos, equipos y procedimientos quirúrgicos y médicos experimentales</p> <p>Los productos y los procedimientos experimentales son aquellos determinados por Medicare Original que, generalmente, no son aceptados por la comunidad médica.</p>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Medicare Original puede cubrirlos en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare o su plan.</li> </ul> <p>(Para obtener más información sobre los estudios de investigación clínica, consulte la Sección 5 del Capítulo 3).</p>
Cargos cobrados por la atención por sus familiares inmediatos o miembros de su hogar	<b>No cubiertos en ninguna situación</b>	
Atención de enfermería de tiempo completo en su hogar	<b>No cubiertos en ninguna situación</b>	
Entrega de comidas a domicilio	<b>No cubiertos en ninguna situación</b>	

#### Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

<b>Servicios no cubiertos por Medicare</b>	<b>No cubiertos en ninguna situación</b>	<b>Cubiertos solo en situaciones específicas</b>
Servicios de empleada doméstica que incluyen ayuda básica en el hogar, incluso tareas domésticas sencillas o preparación de comidas livianas	<b>No cubiertos en ninguna situación</b>	
Servicios de un naturoterapeuta (emplean tratamientos naturales o alternativos)	<b>No cubiertos en ninguna situación</b>	
Atención odontológica que no sea de rutina		<ul style="list-style-type: none"> <li>Se puede cubrir la atención odontológica requerida para tratar una enfermedad o lesión como atención para pacientes internados o externos.</li> </ul>
Zapatos ortopédicos o dispositivos de apoyo para los pies		<ul style="list-style-type: none"> <li>Los zapatos que sean parte de un soporte de pierna y estén incluidos en el costo del soporte. Zapatos ortopédicos o terapéuticos para personas con enfermedad de pie diabético.</li> </ul>
Objetos personales en su habitación del hospital o centro de atención de enfermería especializada, por ejemplo, un teléfono o televisor.	<b>No cubiertos en ninguna situación</b>	
Habitación privada en el hospital		<ul style="list-style-type: none"> <li>Solo se cubre cuando es médicamente necesario.</li> </ul>
Reversión de procedimientos de esterilización o suministros anticonceptivos no recetados	<b>No cubiertos en ninguna situación</b>	
Atención quiropráctica de rutina		<ul style="list-style-type: none"> <li>Se cubre la manipulación manual de la columna para corregir una subluxación.</li> </ul>
Atención dental de rutina, como limpiezas, empastes o dentaduras postizas	<b>No cubiertos en ninguna situación</b>	

**Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)**

<b>Servicios no cubiertos por Medicare</b>	<b>No cubiertos en ninguna situación</b>	<b>Cubiertos solo en situaciones específicas</b>
Exámenes de la vista de rutina, anteojos, queratotomía radial, cirugía LASIK y otros dispositivos de ayuda para baja visión		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se cubren los exámenes de la vista y un par de anteojos (o lentes de contacto) para personas después de una cirugía de cataratas.</li> </ul>
Cuidado de rutina de los pies		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se brinda cierta cobertura limitada conforme a las pautas de Medicare (por ejemplo, si usted tiene diabetes).</li> </ul>
Exámenes auditivos de rutina, audífonos o exámenes para colocar audífonos	<b>No cubiertos en ninguna situación</b>	
Servicios considerados no razonables ni necesarios, según las normas de Medicare Original	<b>No cubiertos en ninguna situación</b>	

# CAPÍTULO 5:

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

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

### SECCIÓN 1 Introducción

En este capítulo se **explican las normas para utilizar la cobertura para 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 hospicio.

#### Sección 1.1 Normas básicas para la cobertura del plan de los medicamentos de la Parte D

Generalmente, el plan cubrirá los medicamentos siempre y cuando siga estas normas básicas:

- Debe pedirle a un proveedor (médico, odontólogo u otra persona autorizada a dar recetas) que escriba su receta, que debe ser válida de acuerdo con las leyes estatales correspondientes.
- La persona autorizada a dar recetas no debe estar en las Listas de Exclusión o Preclusión de Medicare.
- Por lo general, debe utilizar una farmacia de la red para obtener sus medicamentos con receta. (Ver la Sección 2 de este capítulo. O bien, puede obtener sus medicamentos con receta a través del servicio de pedido por correo del plan).
- Su medicamento debe estar en la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* del plan (nosotros la denominamos Lista de medicamentos para abreviarla). (Ver la Sección 3 de este capítulo).
- Su medicamento debe ser utilizado para una indicación médicamente aceptada. Una indicación médicamente aceptada es un uso del medicamento que está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) o avalado por ciertas referencias. (Para obtener información sobre una indicación médicamente aceptada, consulte la Sección 3 de este capítulo).
- Es posible que su medicamento necesite autorización antes de que lo cubramos. (Para obtener más información sobre las restricciones sobre su cobertura, consulte la Sección 4 de este capítulo).

### SECCIÓN 2 Obtenga sus medicamentos con receta en una farmacia de la red o a través del servicio de pedido por correo del plan

#### Sección 2.1 Uso de una farmacia de la red

En la mayoría de los casos, los medicamentos con receta están cubiertos *solo* si los obtiene 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 que no forman parte de la red).

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

Una farmacia de la red es aquella que ha celebrado un contrato con el plan para proporcionar los medicamentos con receta cubiertos. El término medicamentos cubiertos significa 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 encuentra una farmacia de la red en su área?

Para encontrar una farmacia de la red, puede buscar en el *Directorio de farmacias*, visitar nuestro sitio web ([www.RiverSpringHealthPlans.org](http://www.RiverSpringHealthPlans.org)) o llamar a Servicios para Miembros.

Puede ir a cualquiera de las farmacias de la red.

#### ¿Qué sucede si la farmacia que estaba usando deja de formar parte de la red?

Si la farmacia que estaba usando deja de formar parte de la red del plan, deberá buscar una nueva farmacia dentro de la red. Para encontrar otra farmacia en su área, puede obtener ayuda a través de Servicios para Miembros o buscar en el *Directorio de farmacias*. También puede encontrar información en nuestro sitio web en [www.RiverSpringHealthPlans.org](http://www.RiverSpringHealthPlans.org).

#### ¿Y si necesita una farmacia especializada?

Algunos medicamentos con receta deben obtenerse en una farmacia especializada. Las farmacias especializadas incluyen lo siguiente:

- Farmacias que proveen medicamentos para tratamientos de infusión en el hogar.
- Farmacias que proveen medicamentos para las personas que residen en un centro de atención a largo plazo (LTC). Generalmente, un centro de LTC (como un centro de cuidados) tiene su propia farmacia. Si tiene dificultad para acceder a sus beneficios de la Parte D en un centro de LTC, póngase en contacto con Servicios para Miembros.
- Farmacias que brinden servicios al Programa de Salud para Indígenas Estadounidenses Urbanos o Tribales del Servicio de Salud Indígena (no está disponible en Puerto Rico). Salvo en caso de emergencia, solo los indígenas estadounidenses o los nativos de Alaska tienen acceso a estas farmacias dentro de la red.
- Farmacias que proveen medicamentos que están limitados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) para ciertos lugares o que requieren un manejo especial, la coordinación del proveedor o el aprendizaje sobre su uso. Para encontrar una farmacia especializada, busque en el *Directorio de farmacias* o llame a Servicios para Miembros.

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

### Sección 2.3 Cómo utilizar el servicio de pedido por correo del plan

Para determinados tipos de medicamentos, usted puede utilizar el servicio de pedido por correo de la red del plan. Por lo general, los medicamentos proporcionados a través del servicio de pedido por correo son medicamentos que toma con regularidad 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 obtener sus medicamentos con receta por correo, llame al número que figura al dorso de su tarjeta de beneficios.

Por lo general, el pedido a la farmacia que brinda el servicio de pedido por correo se le enviará en no más de 10 días. Llame al número que figura al dorso de su tarjeta de beneficios si se demora el pedido por correo.

#### **Nuevas recetas que la farmacia recibe directamente del consultorio de su médico.**

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

- Utilizó los servicios de pedido por correo con este plan en el pasado, o
- Se inscribió para la entrega automática de todas las recetas nuevas recibidas directamente de los proveedores de atención médica. Puede comunicarse con Servicios para Miembros en cualquier momento y solicitar la entrega automática de todas las recetas nuevas.

Si recibe un medicamento con receta que no desea automáticamente por correo y no se comunicaron con usted para saber si lo quería antes de enviarlo, puede ser elegible para un reembolso.

Si utilizó el pedido por correo en el pasado y no desea que la farmacia surta y envíe automáticamente cada medicamento con receta nuevo, comuníquese con nosotros a Servicios para Miembros.

Si usted nunca ha utilizado nuestro servicio de entrega de pedidos por correo o si decide interrumpir el surtido automático de nuevas recetas, la farmacia se pondrá en contacto con usted cada vez que reciba una nueva receta de un proveedor de atención médica para ver si desea que le surta y envíe el medicamento inmediatamente. Es importante que usted responda cada vez que la farmacia lo contacte para informar si la nueva receta se debe enviar, atrasar o cancelar.

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

---

Para cancelar su inscripción en los envíos automáticos de nuevas recetas recibidas directamente del consultorio del proveedor de atención médica, comuníquese con nosotros a Servicio al Cliente.

**Resurtidos de recetas médicas de pedido por correo.** Para resurtir sus medicamentos, tiene la opción de inscribirse en un programa de resurtido automático. En este programa, comenzaremos a procesar su siguiente resurtido automáticamente cuando nuestros registros muestren que se está por quedar sin el medicamento. La farmacia se comunicará con usted antes del envío de cada resurtido para asegurarse de que necesite más medicamento. Usted puede cancelar los resurtidos si tiene suficiente medicamento o si el medicamento ha cambiado.

Si usted elige no usar nuestro programa de resurtido automático pero desea que la farmacia de pedido por correo le envíe su receta, póngase en contacto con su farmacia 14 días antes de que su receta actual se acabe. Esto asegurará que su pedido se le envíe a tiempo.

Para cancelar la participación en nuestro programa que prepara automáticamente resurtidos de pedidos por correo, comuníquese con Servicio al Cliente.

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

### Sección 2.4      Cómo obtener un suministro de medicamentos a largo plazo

El plan ofrece dos maneras de recibir un suministro de largo plazo (también llamado suministro extendido) de medicamentos de mantenimiento en la Lista de medicamentos de nuestro plan. (Los medicamentos de mantenimiento son aquellos que toma con regularidad para una afección crónica o a largo plazo).

1. Algunas farmacias minoristas que forman parte de nuestra red le permiten adquirir suministros de medicamentos de mantenimiento a largo plazo. En el *Directorio de farmacias*, se detallan las farmacias de la red que proporcionan suministros a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. También puede llamar a Servicios para Miembros para obtener más información.
2. También puede recibir medicamentos de mantenimiento a través de nuestro programa de pedidos por correo. Consulte la Sección 2.3 para obtener más información.

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

### Sección 2.5 Cuándo utilizar una farmacia que no está dentro de la red del plan

#### En determinadas circunstancias, su medicamento con receta puede estar cubierto

Por lo general, cubrimos los medicamentos que se obtienen en una farmacia fuera de la red *solo* si no puede utilizar una farmacia de la red. **Primero consulte con Servicios para Miembros** para ver si hay alguna farmacia de la red cerca. Es posible que deba pagar la diferencia entre lo que paga por el medicamento en la farmacia fuera de la red y el costo que cubriríamos en una farmacia dentro de la red.

A continuación, se detallan las circunstancias en las que cubriríamos los medicamentos con receta que obtenga 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 que no forma parte de la red si cumple con todas las demás reglas de cobertura.

#### ¿Cómo solicitar un reembolso al plan?

Generalmente, si debe usar una farmacia fuera de la red, deberá pagar el costo total (y no la parte normal que le corresponde) en el momento en que surta la receta. Puede solicitarnos que le reembolsemos la parte que nos corresponde pagar del costo del medicamento. (En la Sección 2 del Capítulo 7, se explica cómo puede solicitar un reembolso al plan).

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

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

El plan tiene una *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)*. En esta *Evidencia de Cobertura*, la denominamos la **Lista de medicamentos para abreviarla**.

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

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

---

Los medicamentos que se encuentran en la Lista de medicamentos son solo los que están cubiertos por la Parte D de Medicare.

Por lo general, cubriremos los medicamentos incluidos en la Lista de medicamentos del plan, siempre y cuando siga las otras normas de cobertura explicadas en este capítulo y se use el medicamento para una indicación médicamente aceptada. Una indicación médicamente aceptada es el uso del medicamento que esté en *una* de estas condiciones:

- Aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos para el diagnóstico o afección para la que fue recetado, o bien
- Avalado por ciertas referencias, como American Hospital Formulary Service Drug Information y el Sistema de Información DRUGDEX de Micromedex.

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

Un medicamento de marca es un medicamento con receta que se vende bajo una marca registrada propiedad del fabricante del medicamento. Los productos biológicos son medicamentos más complejos que los medicamentos habituales. En la Lista de medicamentos, cuando nos referimos a medicamentos, esto podría significar un medicamento o un producto biológico.

Un medicamento genérico es un medicamento con receta que tiene los mismos ingredientes activos que el medicamento de marca. Los productos biológicos tienen alternativas que se denominan biosimilares. Por lo general, los genéricos y los biosimilares funcionan tan bien como el medicamento de marca o el producto biológico original y, generalmente, cuestan menos. Hay medicamentos genéricos sustitutos disponibles para muchos medicamentos de marca y alternativas biosimilares para algunos productos biológicos originales. Algunos biosimilares son biosimilares intercambiables y, según la ley estatal, pueden ser sustituidos por el producto biológico original en la farmacia sin necesidad de una nueva receta, al igual que los medicamentos genéricos pueden ser sustituidos por medicamentos de marca.

Consulte el Capítulo 12 para obtener definiciones de los tipos de medicamentos que pueden estar incluidos en la Lista de medicamentos.

### Medicamentos de venta libre

Nuestro plan también cubre ciertos medicamentos de venta libre. Algunos medicamentos de venta libre son menos costosos que los medicamentos con receta y son igual de eficaces. Para obtener más información, llame al Departamento de Servicios para Miembros.

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

---

### ¿Qué *no* se incluye en la Lista de medicamentos?

El plan no cubre todos los medicamentos con receta.

- En algunos casos, la ley no permite que ningún plan de Medicare cubra ciertos tipos de medicamentos. (Para obtener más información sobre este tema, consulte la Sección 7.1 de este capítulo).
- En otros casos, hemos decidido no incluir en la Lista de medicamentos un medicamento en particular. En algunos casos, es posible que pueda obtener un medicamento que no está en la Lista de medicamentos. (Consulte el Capítulo 9 para obtener más información).

<b>Sección 3.2</b>	<b>¿Cómo puede averiguar si un medicamento específico está en la Lista de medicamentos?</b>
--------------------	---

Tiene tres formas de saberlo:

1. Consulte la Lista de medicamentos más reciente que proporcionamos de manera electrónica.
2. Visite el sitio web del plan ([www.RiverSpringHealthPlans.org](http://www.RiverSpringHealthPlans.org)). La Lista de medicamentos en el sitio web siempre es la más actualizada.
3. Llame a Servicios para Miembros para saber si un medicamento en particular está incluido en la Lista de medicamentos del plan o para pedir una copia de la lista.
4. Utilice la “Herramienta de beneficios en tiempo real” del plan ([www.express-scripts.com](http://www.express-scripts.com) o llame a Servicios para Miembros). Con esta herramienta, puede buscar medicamentos en la Lista de medicamentos para ver una estimación de lo que usted pagará y si hay medicamentos alternativos que podrían tratar la misma afección en la Lista de medicamentos.

---

## SECCIÓN 4 Hay restricciones respecto de la cobertura de algunos medicamentos

---

<b>Sección 4.1</b>	<b>¿Por qué algunos medicamentos tienen restricciones?</b>
--------------------	--

Para ciertos medicamentos con receta, existen normas especiales que restringen cómo y cuándo el plan los cubre. Un equipo de médicos y farmacéuticos desarrollaron estas normas para alentarlos a usted y a su proveedor a usar los medicamentos de las formas más eficaces. Para averiguar si alguna de estas restricciones se aplica a un medicamento que está tomando o desea tomar, consulte la Lista de medicamentos.

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

---

Si un medicamento seguro y de bajo costo funcionará médicamente tan bien como uno de mayor costo, las normas del plan están destinadas a alentarle a usted y a su proveedor a usar esa opción más económica.

Tenga en cuenta que a veces un medicamento puede aparecer más de una vez en nuestra Lista de Medicamentos. Esto se debe a que los mismos medicamentos pueden variar en función de la concentración, la cantidad o la forma del medicamento recetado por su proveedor de atención médica, y pueden aplicar distintas restricciones o costos compartidos a las distintas versiones del medicamento (por ejemplo, 10 mg en comparación con 100 mg, uno por día en comparación con dos por día, comprimido en comparación con líquido).

### Sección 4.2 ¿Qué tipos de restricciones hay?

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

**Si hay una restricción para su medicamento, por lo general significa que usted o su proveedor deberán seguir pasos adicionales para que nosotros cubramos el medicamento.** Comuníquese con Servicios para Miembros para obtener información sobre qué debe hacer usted o su proveedor para obtener cobertura para el medicamento. **Si desea pedirnos que eliminemos la restricción, tendrá que usar el proceso de decisión de cobertura para solicitarnos una excepción.** Podemos estar o no de acuerdo en eliminar la restricción. (Ver Capítulo 9).

#### Obtener la aprobación del plan por adelantado

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

#### Probar primero un medicamento diferente

Este requisito hace que usted trate de utilizar medicamentos menos costosos, pero generalmente igual de eficaces antes de que el plan le brinde cobertura para otro medicamento. Por ejemplo, si el medicamento A y el medicamento B tratan la misma afección, el plan puede requerir que pruebe el medicamento A primero. Si el medicamento A no le funciona, entonces el plan cubrirá el medicamento B. Este requisito de probar primero un medicamento diferente se denomina **tratamiento escalonado**.

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

---

### Límites en la cantidad

Para ciertos medicamentos, establecemos un límite en la cantidad del medicamento que usted puede obtener por receta. Por ejemplo, si normalmente se considera seguro tomar solo una píldora al día de un medicamento determinado, podemos limitar la cobertura de su medicamento con receta a no más de una píldora por día.

---

## SECCIÓN 5 ¿Qué sucede si uno de sus medicamentos no está cubierto de la manera en que usted querría que lo estuviera?

---

<b>Sección 5.1</b>	<b>Hay algunas cosas que puede hacer si su medicamento no está cubierto de la manera en que usted querría que lo estuviera</b>
--------------------	--

Hay situaciones en las que hay un medicamento con receta que está tomando o uno que usted y su proveedor piensan que debería estar tomando y que no está en nuestro Formulario o está en el Formulario con ciertas restricciones. Por ejemplo:

- El medicamento puede no estar cubierto en absoluto. O tal vez una versión genérica del medicamento tenga cobertura, pero la versión de marca que desea tomar no está cubierta.
- El medicamento está cubierto, pero se aplican normas o restricciones adicionales respecto de la cobertura de ese medicamento, como se explica en la Sección 4.
- Hay algunas cosas que puede hacer si su medicamento no está cubierto de la manera en que usted querría que lo estuviera. **Si el medicamento no está en la Lista de medicamentos o si está restringido, consulte la Sección 5.2 para obtener información sobre lo que puede hacer.**

<b>Sección 5.2</b>	<b>¿Qué puede hacer si su medicamento no figura en la Lista de medicamentos o si el medicamento tiene algún tipo de restricción?</b>
--------------------	--

Si su medicamento no está en la Lista de medicamentos o está restringido, estas son algunas opciones:

- Puede obtener un suministro temporal del medicamento.
- Puede cambiar a otro medicamento.
- Puede solicitar una **excepción** y pedirle al plan que cubra el medicamento o que retire las restricciones del medicamento.

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

---

### Puede obtener un suministro temporal

Bajo ciertas circunstancias, el plan debe proporcionar un suministro temporal de un medicamento que ya está tomando. Este suministro temporal le da tiempo para consultar con su proveedor acerca del cambio.

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 BIEN ahora tiene algún tipo de restricción.**

- **Si es un nuevo miembro**, cubriremos un suministro temporal del medicamento durante los primeros **90 días** de su membresía en el plan.
- **Si usted estuvo en el plan el año pasado**, cubriremos un suministro temporal del 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. El medicamento con receta debe obtenerse en una farmacia de la red. (Tenga en cuenta que la farmacia de atención a largo plazo puede proporcionarle el medicamento en menores cantidades por vez para evitar el uso indebido).
- **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 un medicamento en particular para 31 días, o menos si su receta es para menos días. Esto es complementario al suministro temporal anteriormente mencionado.

- Los cambios en el nivel de atención se producen cuando el afiliado 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 enfermería especializada
  - Su estado cambia de paciente con enfermedad terminal a paciente sin enfermedad terminal
  - Le dan el alta de un hospital psiquiátrico con un plan de medicamentos personalizado

## **Capítulo 5 Cómo utilizar la cobertura del plan para obtener los medicamentos con receta de la Parte D**

---

Para obtener más información, comuníquese con Servicios para el Participante 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 a Servicios para Miembros.

**En el período durante el cual use el suministro temporal de un medicamento, debe hablar con su proveedor para decidir qué hacer cuando se agote este suministro temporal. Tienes dos opciones:**

### **1) Puede cambiar a otro medicamento.**

Hable con su proveedor para ver si hay un medicamento diferente cubierto por el plan que podría funcionar igual de bien para usted. Puede llamar a Servicios para Miembros y 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.

### **2) Puede solicitar una excepción**

**Usted y su proveedor pueden solicitarle al plan que haga una excepción y cubra el medicamento en la forma en que desearía que estuviera cubierto.** Si su proveedor dice que usted tiene razones médicas que justifican que nos pida una excepción, su proveedor puede ayudarlo a solicitar una excepción. Por ejemplo, usted puede pedirle al plan que cubra un medicamento, aunque no esté en la Lista de medicamentos del plan. O puede pedirle al plan que haga una excepción y cubra el medicamento sin restricciones.

Si es un miembro actual y uno de los medicamentos que toma se eliminará del Formulario o tendrá algún tipo de restricción para el próximo año, le informaremos cualquier cambio antes del año nuevo. Puede solicitar una excepción antes del próximo año y le daremos una respuesta en un plazo de 72 horas después de recibir su solicitud (o declaración de respaldo de su solicitud por parte de la persona autorizada a dar recetas). Si aprobamos su solicitud, autorizaremos la cobertura antes de que el cambio entre en vigencia.

**Si usted y su proveedor desean solicitar una excepción, la Sección 6.4 del Capítulo 9 le explica qué hacer.** También menciona los procedimientos y plazos que ha establecido Medicare para asegurarse de que su solicitud se maneje en forma inmediata y justa.

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

---

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

---

**Sección 6.1 La Lista de medicamentos puede sufrir modificaciones durante el año**

La mayoría de los cambios en la cobertura para medicamentos tienen lugar al comienzo de cada año (1.º de enero). Sin embargo, durante el año, el plan podrá hacer algunos cambios en la Lista de medicamentos. Por ejemplo, el plan podría hacer lo siguiente:

- **Añadir o eliminar medicamentos de la Lista de Medicamentos.**
- **Agregar o quitar una restricción respecto de la cobertura de un medicamento.**
- **Sustituir un medicamento de marca por una versión genérica del medicamento.**

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

Consulte el Capítulo 12 para obtener definiciones de los tipos de medicamentos que se describen en este capítulo.

**Sección 6.2 ¿Qué sucede si hay cambios en la cobertura para un medicamento que está tomando?****Información sobre cambios en la cobertura de medicamentos**

Cuando se realizan cambios en la Lista de medicamentos, publicamos información en nuestro sitio web sobre esos cambios. También actualizamos nuestra Lista de medicamentos en línea regularmente. En esta sección, se describen los tipos de cambios que podemos realizar en la Lista de medicamentos y cuándo recibirá un aviso directo si se realizan cambios sobre un medicamento que está tomando.

**Cambios que podemos realizar en la Lista de medicamentos que lo afectan durante el año actual del plan**

- **Agregar medicamentos nuevos a la Lista de medicamentos e inmediatamente eliminar o hacer cambios en un medicamento similar en la Lista de medicamentos.**
  - Cuando agreguemos una nueva versión de un medicamento a la Lista de medicamentos, podemos eliminar inmediatamente un medicamento similar de la Lista de medicamentos, mover el medicamento similar a un nivel de costo compartido diferente, agregar nuevas restricciones, o ambas cosas. La nueva versión del medicamento estará disponible con las mismas restricciones o menos.

## Capítulo 5 **Cómo utilizar la cobertura del plan para obtener los medicamentos con receta de la Parte D**

---

- Realizaremos estos cambios inmediatos solo si agregamos una nueva versión genérica de una marca o si agregamos ciertas nuevas versiones biosimilares de un producto biológico original que ya estaba en la Lista de medicamentos.
- Podemos realizar estos cambios inmediatamente y decírselo más adelante, incluso si está tomando el medicamento que estamos quitando o sobre el que estamos realizando cambios. Si está tomando el medicamento similar en el momento en el que realizamos el cambio, le proporcionaremos información sobre los cambios específicos que hagamos.  
**Agregar medicamentos a la Lista de medicamentos y eliminar o realizar cambios en un medicamento similar en la Lista de medicamentos**
  - Cuando agreguemos otra versión de un medicamento a la Lista de medicamentos, podemos eliminar un medicamento similar de la Lista de medicamentos, moverlo a un nivel de costo compartido diferente, agregar nuevas restricciones, o ambas cosas. La versión del medicamento que agregamos tendrá las mismas restricciones o menos.
  - Realizaremos estos cambios solo si agregamos una nueva versión genérica de un medicamento de marca o si agregamos ciertas nuevas versiones biosimilares de un producto biológico original que ya estaba en la Lista de medicamentos.
  - Le comunicaremos, al menos, 30 días antes de que realicemos el cambio, o le informaremos sobre el cambio y cubriremos un surtido para 30 días de la versión del medicamento que está tomando.
- **Eliminar medicamentos no seguros y otros medicamentos en la Lista de medicamentos que se retiran del mercado**
  - A veces, un medicamento puede considerarse no seguro o retirarse del mercado por otra razón. Si esto ocurre, podremos eliminar inmediatamente el medicamento de la Lista de medicamentos. Si está tomando ese medicamento, le informaremos después de que realicemos el cambio.
- **Hacer otros cambios sobre medicamentos de la Lista de medicamentos**
  - Podemos hacer otros cambios que afecten los medicamentos que esté tomando una vez que el año haya comenzado. Por ejemplo, nos basamos en el recuadro de advertencias de la FDA o en nuevas pautas clínicas reconocidas por Medicare.
  - Le comunicaremos, al menos, 30 días antes de que realicemos estos cambios, o le informaremos sobre el cambio y cubriremos un resurtido adicional para 30 días del medicamento que está tomando.

Si realizamos cualquiera de estos cambios en alguno de los medicamentos que está tomando, hable con la persona autorizada a dar recetas sobre las opciones que podrían funcionar mejor para usted, incluso cambiar a un medicamento diferente para tratar su afección o solicitar una decisión de cobertura para satisfacer cualquier nueva restricción sobre el medicamento que está tomando. Usted o la persona autorizada a dar recetas pueden solicitarnos una excepción para continuar cubriendo el medicamento o la versión del medicamento que ha estado tomando.

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

---

Para obtener más información sobre cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción, consulte el Capítulo 9.

### Cambios en la Lista de Medicamentos que no le afectan durante el año actual del plan

Podemos realizar 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.º de enero del próximo año del plan si permanece en el mismo plan.

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

- Imponemos una nueva restricción respecto del uso de su medicamento.
- Retiramos su medicamento de la Lista de medicamentos.

Si cualquiera de estos cambios ocurre con un medicamento que esté tomando (excepto para un retiro del mercado, el reemplazo de un medicamento de marca por un medicamento genérico, u otro cambio mencionado en las secciones anteriores), el cambio no afectará su uso o lo que paga como su parte del costo compartido hasta el 1.º de enero del próximo año.

No le informaremos sobre estos tipos 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* cubre el plan?

---

<b>Sección 7.1</b>	<b>Tipos de medicamentos que no cubrimos</b>
--------------------	--

En esta sección se describen los tipos de medicamentos con receta que se excluyen. Esto significa que Medicare no paga estos medicamentos.

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

A continuación, se presentan tres normas generales sobre medicamentos que el plan de medicamentos con receta de Medicare no cubre según la Parte D:

- La cobertura para medicamentos de la Parte D de nuestro plan no puede cubrir un medicamento que estaría cubierto en la Parte A o Parte B de Medicare.

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

---

- Nuestro plan no cubre un medicamento comprado fuera de los Estados Unidos o sus territorios.
- Nuestro plan no puede cubrir el uso para una indicación *no autorizada* de un medicamento cuando el uso no está avalado por ciertas referencias, como American Hospital Formulary Service Drug Information y el Sistema de Información DRUGDEX de Micromedex. Uso para una indicación *no autorizada* es cualquier uso distinto al indicado en la etiqueta de un medicamento aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos.

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 para fines estéticos o para promover el crecimiento del cabello
- Vitaminas con receta y productos minerales, salvo las vitaminas prenatales y preparaciones de flúor
- Medicamentos utilizados para el tratamiento de 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 cuyo fabricante pretenda exigir como condición de venta que los exámenes asociados o servicios de supervisión se compren exclusivamente al fabricante

Además, si está **recibiendo Ayuda Extra (“Extra Help”) de parte de Medicare** para pagar sus medicamentos con receta, el programa Ayuda Extra (“Extra Help”) no pagará los medicamentos que por lo general no cubre. (Para obtener más información, consulte la Lista de medicamentos del plan o llame a Servicios para Miembros. Los números de teléfono de Servicios para Miembros figuran en la contraportada de este folleto). Sin embargo, si tiene una cobertura para medicamentos a través de Medicaid, el programa Medicaid de su estado pueden cubrir algunos medicamentos con receta que normalmente no están cubiertos en un plan de medicamentos de Medicare. Comuníquese con el programa Medicaid de su estado para determinar la cobertura para medicamentos disponible para usted. (Los números de teléfono y la información de contacto de Medicaid están en la Sección 6 del Capítulo 2).

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

---

**SECCIÓN 8 Obtener un medicamento con receta**

---

**Sección 8.1 Proporcionar su información de miembro**

Para obtener su medicamento con receta, proporcione la información de miembro de su plan, que puede encontrarse en su tarjeta de miembro, en la farmacia de la red que usted elija. La farmacia de la red automáticamente le facturará al plan *nuestra* parte del costo de su medicamento. Usted deberá pagarle a la farmacia *su* parte del costo en el momento de retirar su medicamento con receta.

**Sección 8.2 ¿Qué sucede si no tiene su información de miembro?**

Si usted no tiene su información de miembro del plan en el momento de obtener su medicamento con receta, usted o su 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 recibe la información necesaria, **es posible que usted deba pagar el costo total del medicamento con receta cuando lo retire.** (Entonces puede **solicitarnos que le reembolsemos** la parte que nos corresponde. Consulte la Sección 2 del Capítulo 7 para obtener información sobre cómo solicitar el reembolso al plan).

---

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

---

**Sección 9.1 ¿Qué sucede si está en un hospital o centro de atención de enfermería especializada y el plan cubre su estadía?**

Si ingresa en un hospital o en un centro de atención de enfermería especializada para una estadía que cubre el plan, generalmente cubriremos el costo de los medicamentos con receta durante la estadía. Una vez que salga del hospital o centro de atención de enfermería especializada, el plan cubrirá sus medicamentos con receta, siempre y cuando estos cumplan todas nuestras normas para la cobertura, que se describen en este capítulo.

**Sección 9.2 ¿Qué sucede si reside en un centro de atención a largo plazo (LTC)?**

Normalmente, un centro de atención a largo plazo (LTC) (como un centro de cuidados) tiene su propia farmacia o usa una farmacia que suministra medicamentos para todos sus residentes. Si usted reside en un centro de LTC, puede obtener sus medicamentos con receta a través de la farmacia del centro o la que utiliza el centro, siempre y cuando sea parte de nuestra red.

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

---

Consulte el *Directorio de farmacias* [www.RiverSpringHealthPlans.org](http://www.RiverSpringHealthPlans.org) para averiguar si la farmacia del centro de LTC o la que utiliza el centro forma parte de nuestra red. Si no forma parte, o si necesita más información o ayuda, comuníquese con Servicios para Miembros. Si usted está en un centro de LTC, debemos asegurarnos de que pueda recibir de manera rutinaria sus beneficios de la Parte D a través de nuestra red de farmacias de LTC.

### ¿Qué sucede si reside en un centro de atención a largo plazo (LTC) y necesita un medicamento que no está en nuestra Lista de medicamentos o tiene algún tipo de restricción?

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

<b>Sección 9.3</b>	<b>¿Qué sucede si también tiene cobertura para medicamentos del plan de un empleador o grupo de jubilados?</b>
--------------------	--

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

En general, si tiene cobertura de su empleador o grupo de jubilados, la cobertura para medicamentos que le brindemos será *complementaria* a la cobertura de su grupo. Eso significa que la cobertura de su grupo pagaría primero.

### **Nota especial sobre la cobertura acreditable:**

Cada año, su empleador o grupo de jubilados le debe enviar un aviso en el que se le informe si su cobertura para medicamentos con receta para el año calendario siguiente es acreditable.

Si la cobertura del plan del grupo es acreditable, quiere decir que incluye una cobertura para medicamentos que se espera que pague, en promedio, al menos, lo mismo que la cobertura para medicamentos con receta estándar de Medicare.

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

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

---

**Sección 9.4 ¿Qué sucede si se encuentra en un hospicio 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 necesita ciertos medicamentos (p. ej., medicamento contra las náuseas, un laxante, un analgésico o un ansiolítico) que no están cubiertos por el hospicio porque no está relacionado con su enfermedad terminal o sus afecciones relacionadas, la persona autorizada a dar recetas o su proveedor del hospicio debe notificar a nuestro plan que el medicamento no está relacionado antes de que el plan pueda cubrir el medicamento. Para evitar retrasos en la recepción de estos medicamentos que deberían estar cubiertos por nuestro plan, pregunte a su proveedor de hospicio o persona autorizada a dar recetas que le proporcione un aviso antes de que se surta su receta.

En caso de que usted revoque su elección de hospicio o que reciba el alta del hospicio, nuestro plan debe cubrir sus medicamentos como se explica en este documento. Para evitar demoras en la farmacia cuando finaliza un beneficio de hospicio de Medicare, presente la documentación en la farmacia para verificar su revocación o alta.

---

**SECCIÓN 10 Programas sobre la seguridad y administración de los medicamentos**

---

**Sección 10.1 Programas que ayudan a los miembros a utilizar los medicamentos en forma segura**

Llevamos a cabo revisiones sobre los usos de medicamentos para nuestros miembros para ayudarlos a asegurarse de que estén recibiendo una atención segura y adecuada.

Hacemos una revisión cada vez que usted obtiene un medicamento con receta. También revisamos nuestros registros regularmente. Durante estas revisiones, buscamos problemas potenciales, como estos:

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

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

---

Si detectamos un posible problema en su uso de los medicamentos, colaboraremos con su proveedor para corregir el problema.

<b>Sección 10.2 Programa de administración de medicamentos (DMP) para ayudar a los miembros a usar de manera segura los medicamentos opioides</b>
---

Tenemos un programa que ayuda a garantizar que los miembros usen de manera segura los opioides con receta y otros medicamentos que son mal usados con frecuencia. Este programa se llama Programa de Administración de Medicamentos (DMP). Si utiliza medicamentos opioides que obtiene de diferentes personas autorizadas a dar recetas o farmacias, o si tuvo una sobredosis reciente de opioides, podemos hablar con sus personas autorizadas a dar recetas para asegurarnos de que su uso de los medicamentos opioides sea apropiado y médicamente necesario. Trabajaremos junto con quienes están autorizados a darle las recetas y, si decidimos que su uso de los medicamentos opioides con receta puede no ser seguro, podemos limitar la manera en que obtiene esos medicamentos. Si lo ubicamos en nuestro DMP, las limitaciones pueden ser las siguientes:

- Solicitarle que obtenga todas sus recetas de opioides de determinadas farmacias
- Solicitarle que obtenga todas sus recetas de opioides de determinadas personas autorizadas a dar recetas
- Limitar la cantidad de opioides que cubriremos en su caso

Si planeamos limitar cómo puede obtener estos medicamentos o cuánto puede obtener, le enviaremos una carta por adelantado. En la carta, se le indicará si limitaremos la cobertura de estos medicamentos para usted o si se le pedirá que obtenga los medicamentos con receta solo de una persona autorizada a dar recetas o farmacia específicas. Tendrá la oportunidad de informarnos qué personas autorizadas para darle recetas o farmacias prefiere usar, y brindarnos cualquier otra información que considere 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 en la que se confirme la limitación. Si considera que nos hemos equivocado o no está de acuerdo con nuestra decisión o con respecto a la limitación que impusimos, usted y la persona autorizada a dar recetas tienen derecho a presentar una apelación. Si presenta una apelación, revisaremos su caso y le comunicaremos una nueva decisión. Si seguimos denegando cualquier parte de su solicitud relacionada con las limitaciones que se aplican a su acceso a los medicamentos, automáticamente le enviaremos su caso a un revisor independiente fuera de nuestro plan. Para obtener información sobre cómo presentar una apelación, consulte el Capítulo 9.

No se lo colocará en un DMP si usted tiene determinadas afecciones, como dolor relacionado con un cáncer o enfermedad de células falciformes, o si recibe atención en un hospicio, paliativo o de final de vida, o vive en un centro de atención a largo plazo.

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

---

**Sección 10.3 Programas de Administración de la Terapia con Medicamentos (MTM) para ayudar a los miembros a administrar sus medicamentos**

Tenemos un programa que puede ayudar a nuestros miembros con necesidades de salud complejas. Nuestro programa se denomina Programa de Administración de la Terapia con Medicamentos (MTM). Este programa es voluntario y gratuito. Un equipo de farmacéuticos y médicos desarrollaron el programa para nosotros a fin de ayudar a garantizar que nuestros miembros aprovechen al máximo el beneficio de los medicamentos que toman.

Algunos miembros que tienen ciertas enfermedades crónicas y toman medicamentos que superan un monto específico de los costos de los medicamentos o se encuentran en un DMP para ayudar a los miembros a usar sus opioides de manera segura, pueden obtener servicios a través de un MTM. Si reúne los requisitos para participar en el programa, un farmacéutico u otro profesional de salud llevará a cabo una revisión integral de todos sus medicamentos. Durante la revisión, puede hablar sobre sus medicamentos, los costos o cualquier problema o pregunta que tenga sobre sus medicamentos con receta 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 obtendrá una lista de medicamentos que incluirá todos los medicamentos que está tomando, cuánto debería tomar, el momento donde debería tomarlos y la razón por la que los está tomando. Además, los miembros del programa de MTM recibirán información sobre la eliminación segura de medicamentos recetados que sean sustancias controladas.

Es una buena idea hablar con su médico sobre los pasos a seguir recomendados y su lista de medicamentos. Lleve el resumen con usted a su consulta o en cualquier momento que hable con sus médicos, farmacéuticos y otros proveedores de atención médica. También tenga su lista de medicamentos actualizada y llévela con usted (por ejemplo, con su identificación) si concurre al hospital o a la sala de emergencias.

Si tenemos un programa que se adapte a sus necesidades, lo inscribiremos automáticamente en él y le enviaremos la información. Si usted decide no participar, notifíquelo y retiraremos su participación. Si tiene preguntas sobre este programa, póngase en contacto con Servicios para Miembros.

# CAPÍTULO 6:

*Lo que le corresponde pagar por los  
medicamentos con receta de la  
Parte D*

## Capítulo 6 Lo que le corresponde pagar por los medicamentos con receta de la Parte D

### ¿Recibe actualmente ayuda para pagar sus medicamentos?

Si usted está inscrito en un programa para pagar sus medicamentos, **parte de la información que se encuentra en esta Evidencia de Cobertura acerca de los costos por medicamentos con receta de la Parte D tal vez no se aplique a usted.** Le enviamos un anexo por separado, denominado *Anexo de la Evidencia de Cobertura para las personas que reciben la Ayuda Extra (“Extra Help”) para pagar sus medicamentos con receta* (también llamado *Cláusula Adicional del Subsidio por Bajos Ingresos* o *“LIS” Rider*), que le informa acerca de la cobertura de sus medicamentos. Si usted no tiene este anexo, llame a Servicios para Miembros y pida el *“LIS” Rider*.

## 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 sus medicamentos con receta de la Parte D. Para simplificar las cosas, en este capítulo usamos el término “medicamento” en el sentido de un medicamento con receta de la Parte D. Como se explica en el Capítulo 5, no todos los medicamentos son medicamentos de la Parte D, algunos medicamentos están cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare y otros medicamentos están excluidos de la cobertura de Medicare por ley.

Para comprender la información de pago, usted necesita saber qué medicamentos están cubiertos, dónde obtener sus medicamentos con receta y cuáles son las normas que debe seguir cuando recibe sus medicamentos cubiertos. Las Secciones 1 a 4 del Capítulo 5 explican estas normas. Cuando utiliza la “Herramienta de beneficios en tiempo real” del plan para consultar la cobertura para medicamentos (consulte la Sección 3.3 del Capítulo 5), el costo que se muestra se proporciona en “tiempo real”, lo que significa que el costo que usted ve en la herramienta refleja un momento en el tiempo para proporcionar un cálculo de los costos que se espera que pague de su bolsillo. También puede obtener información de la “Herramienta de beneficios en tiempo real” llamando a Servicios para Miembros.

### Sección 1.2 Tipos de costos que puede llegar a tener que pagar de su bolsillo por los medicamentos cubiertos

Hay distintos tipos de costos que paga de su bolsillo para los medicamentos de la Parte D. El monto que usted paga por un medicamento se denomina **costo compartido**; hay tres maneras en las que se le puede solicitar que pague.

- El **deducible** es el monto que paga por los medicamentos antes de que el plan comience a pagar la parte que le corresponde.
- El **copago** es un monto fijo que paga cada vez que obtiene un medicamento con receta.

## Capítulo 6 Lo que le corresponde pagar por los medicamentos con receta de la Parte D

---

- El **coseguro** es un porcentaje del costo total que paga cada vez que obtiene un medicamento con receta.

### Sección 1.3 Cómo calcula Medicare los costos que paga de su bolsillo

Medicare tiene normas acerca de lo que cuenta y lo que *no* cuenta como costos que paga de su bolsillo. Estas son las normas que debemos seguir para realizar un seguimiento de los costos que paga de su bolsillo.

---

### Estos pagos se incluyen en los costos que paga de su bolsillo

**Los costos que paga de su bolsillo incluyen** los pagos detallados a continuación (siempre y cuando correspondan a medicamentos cubiertos de la Parte D y usted haya cumplido con las normas relativas a la cobertura para medicamentos que se explican en el Capítulo 5):

- El monto que paga por los medicamentos cuando está en las siguientes etapas de pago de los medicamentos:
  - La Etapa del Deducible
  - La Etapa de Cobertura Inicial
- Cualquier pago que efectuó durante este año calendario como miembro de otro plan de medicamentos con receta de Medicare diferente antes de inscribirse en nuestro plan.

#### Es importante quién paga:

- Si **usted** hace estos pagos, se incluyen en los costos que paga de su bolsillo.
- Estos pagos *también se incluyen* en los costos que paga de su bolsillo si los efectúa en su nombre **otras personas u organizaciones**. Esto incluye los pagos por sus medicamentos realizados por un amigo o pariente, por la mayoría de las organizaciones benéficas, programas de asistencia de medicamentos para el SIDA, un Programa estatal de asistencia farmacéutica que esté calificado por Medicare, un plan de salud del empleador o sindicato, o por el Servicio de salud para la población india estadounidense. También se incluyen los pagos hechos por el programa Ayuda Extra (“Extra Help”) de Medicare.

#### Paso a la Etapa de Cobertura Catastrófica:

Cuando usted (o los que pagan en su nombre) haya destinado un total de \$2,000 en gastos de bolsillo en el año calendario, pasará de la Etapa de Cobertura Inicial a la Etapa de Cobertura Catastrófica.

---

## Capítulo 6 Lo que le corresponde pagar por los medicamentos con receta de la Parte D

---

### Estos pagos no se incluyen en los costos que paga de su bolsillo

Los costos que paga de su bolsillo **no incluyen** ninguno de estos tipos de pagos:

- Su prima mensual
- Medicamentos que compra fuera de los Estados Unidos y sus territorios
- Medicamentos que nuestro plan no cubre
- Medicamentos que obtiene en una farmacia fuera de la red que no cumplen con los requisitos del plan para 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
- Pagos que usted realiza por medicamentos con receta que normalmente no están cubiertos en un plan de medicamentos con receta de Medicare
- Pagos por sus medicamentos hechos por la Administración de Salud de Veteranos (VA)
- Pagos por sus medicamentos realizados por un tercero con la obligación legal de pagar los costos de los medicamentos con receta (por ejemplo, compensación laboral)
- Pagos realizados por los fabricantes de medicamentos conforme al Programa de Descuentos del Fabricante

*Recordatorio:* Si cualquier otra organización, como las que mencionamos más arriba, paga parte o la totalidad de los costos que paga de su bolsillo por los medicamentos, usted debe informarlo a nuestro plan llamando a Servicios para Miembros.

---

### ¿Cómo se puede llevar un registro total de los costos que paga de su bolsillo?

- **Lo ayudaremos.** El informe de la *Explicación de Beneficios (EOB) de la Parte D* que usted recibe incluye el monto actual de los costos que paga de su bolsillo. Cuando este monto alcance los \$2,000, se le indicará que ha dejado la Etapa de Cobertura Inicial y ha pasado a la Etapa de Cobertura Catastrófica.
- **Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos.** En la Sección 3.2 se describe lo que usted puede hacer para asegurarse de que los registros que tengamos de lo que ha gastado estén completos y actualizados.



## Capítulo 6 Lo que le corresponde pagar por los medicamentos con receta de la Parte D

Si ha surtido una o más recetas a través del plan durante el mes anterior, le enviaremos una *Explicación de Beneficios (EOB) de la Parte D*. La *EOB de la Parte D* incluye:

- **Información para ese mes.** Este informe proporciona los detalles de pago sobre los medicamentos con receta que obtuvo el mes anterior. Muestra el total de costos de los medicamentos, lo que el plan pagó y lo que usted y otros pagaron en su nombre.
- **Los totales para el año desde el 1.º de enero.** A esto se lo denomina información del año hasta la fecha. Muestra los costos totales de los medicamentos y los pagos totales por sus medicamentos desde el inicio del año.
- **Información sobre los precios de los medicamentos.** Esta información mostrará el precio total del medicamento e información sobre aumentos en el precio desde el primer resurtido para cada reclamación de medicamento con receta de la misma cantidad.
- **Medicamentos con receta alternativos disponibles a un costo más bajo.** Esto incluirá información sobre otros medicamentos con menor costo compartido disponibles para cada reclamación de medicamento con receta, si corresponde.

<b>Sección 3.2</b>	<b>Ayúdenos a mantener al día nuestra información sobre sus pagos de los medicamentos</b>
--------------------	---

Para hacer un seguimiento de los costos de sus medicamentos y de los pagos que efectúa por estos, utilizamos los registros que recibimos de las farmacias. Puede ayudarnos a mantener su información correcta y actualizada de la siguiente manera:

- **Muestre su tarjeta de miembro cada vez que obtenga un medicamento con receta.** Esto nos ayuda a que sepamos acerca de los medicamentos con receta que está obteniendo y lo que está pagando.

**Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos.** En ocasiones, es posible que pague el costo total de un medicamento con receta. En estos casos, no recibiremos automáticamente la información que necesitamos para mantener el seguimiento de los costos que paga de su bolsillo. Para ayudarnos a mantener un registro de los costos que paga de su bolsillo, bríndenos copias de sus recibos. **Estos son algunos ejemplos de cuándo debe darnos copias de sus recibos de medicamentos:**

- Cuando usted compra un medicamento cubierto en una farmacia de la red a un precio especial o con una tarjeta de descuento que no sea parte del beneficio de nuestro plan.
- Cuando realiza un copago por los medicamentos que se proporcionan en virtud de un programa de asistencia al paciente del fabricante del medicamento.
- Cada vez que compre medicamentos cubiertos en una farmacia fuera de la red u otras veces que pague el precio total de un medicamento cubierto en circunstancias especiales.

## Capítulo 6 Lo que le corresponde pagar por los medicamentos con receta de la Parte D

---

- Si se le factura por un medicamento cubierto, puede pedirle a nuestro plan que pague la parte que nos corresponde del costo. Para obtener instrucciones sobre cómo hacerlo, vaya a la Sección 2 del Capítulo 7.

**Envíenos información sobre los pagos que terceros hayan realizado por usted.** Los pagos realizados por otras personas u organizaciones también se tienen en cuenta en los costos que paga de su bolsillo. Por ejemplo, para los gastos de bolsillo, se tienen en cuenta los pagos realizados por un Programa estatal de asistencia farmacéutica, un programa de asistencia de medicamentos para el SIDA (ADAP), el Servicio de Salud Indígena y las organizaciones benéficas. Lleve un registro de estos pagos y envíelos para que podamos hacer un seguimiento de sus costos.

**Revise el informe que le enviamos por escrito.** Cuando reciba la *EOB de la Parte D*, revísela para asegurarse de que la información esté completa y sea correcta. Si considera que algo está incompleto o si tiene alguna pregunta, llame a 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 de la cobertura para 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 \$590 para 2025. El deducible no se aplica a los productos de insulina cubiertos ni a la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, incluidas las vacunas contra el herpes zóster, el tétanos y para los viajes. El **costo total** suele ser inferior al precio total habitual del medicamento, puesto que nuestro plan ha negociado costos más bajos para la mayoría de los medicamentos en las farmacias de la red.

Una vez que haya pagado \$590 por los medicamentos, sale de la Etapa del Deducible y pasa a la Etapa de Cobertura Inicial.

---

### SECCIÓN 5 Durante la Etapa de Cobertura Inicial, el plan paga la parte que le corresponde de los costos de sus medicamentos y usted paga su parte

---

<b>Sección 5.1 Lo que paga por un medicamento depende del medicamento y de dónde obtiene los medicamentos con receta</b>
--

Durante la Etapa de Cobertura Inicial, el plan paga la parte que le corresponde del costo de sus medicamentos con receta cubiertos y usted paga su parte (el monto de su coseguro). La parte que le corresponde del costo varía según el medicamento y dónde obtiene los medicamentos con receta.

## Capítulo 6 Lo que le corresponde pagar por los medicamentos con receta de la Parte D

### Sus opciones de farmacias

El monto que usted paga por un medicamento está determinado según el lugar donde obtenga el medicamento:

- Una farmacia que no es de la red de nuestro plan. Cubrimos medicamentos con receta obtenidos en farmacias fuera de la red solamente en situaciones limitadas. Para obtener información sobre cuándo cubriremos un medicamento con receta obtenido en una farmacia fuera de la red, consulte la Sección 2.5 del Capítulo 5.
- La farmacia de pedido por correo del plan.

Para obtener más información sobre estas opciones de farmacias y la obtención de los medicamentos con receta, consulte el Capítulo 5 y el *Directorio de farmacias* del plan [www.riverspringstar.org/members/provider-and-pharmacy-network](http://www.riverspringstar.org/members/provider-and-pharmacy-network).

### Sección 5.2 Una tabla que muestra sus costos por un suministro para 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 cuando recibe un suministro para un mes de un medicamento con receta cubierto de la Parte D:

Nivel	Costo compartido minorista estándar (dentro de la red) (hasta un suministro de 30 días)	Costo compartido de atención a largo plazo (LTC) (hasta un suministro de 31 días)	Costo compartido fuera de la red (La cobertura se limita a ciertas situaciones. Consulte el Capítulo 5 para obtener más detalles). (hasta un suministro de 30 días)
<b>Para medicamentos de marca y genéricos</b> (incluidos los medicamentos de marca que se tratan como medicamentos genéricos) <b>Así como para todos los demás medicamentos</b>	Usted paga coseguro del 25%.  Si recibe Ayuda Extra (“Extra Help”) para pagar sus medicamentos, es posible que sea elegible para costos compartidos reducidos. Consulte su “Cláusula Adicional de Subsidio por Bajos Ingresos (“LIS” Rider)”.	Usted paga coseguro del 25%.  Si recibe Ayuda Extra (“Extra Help”) para pagar sus medicamentos, es posible que sea elegible para costos compartidos reducidos. Consulte su “Cláusula Adicional de Subsidio por Bajos Ingresos (“LIS” Rider)”.	Usted paga coseguro del 25%.  Si recibe Ayuda Extra (“Extra Help”) para pagar sus medicamentos, es posible que sea elegible para costos compartidos reducidos. Consulte su “Cláusula Adicional de Subsidio por Bajos Ingresos (“LIS” Rider)”.

## Capítulo 6 Lo que le corresponde pagar por los medicamentos con receta de la Parte D

---

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

Para obtener información sobre el costo compartido de las vacunas de la Parte D, consulte la Sección 8 de este capítulo.

<b>Sección 5.3</b>	<b>Si su médico le receta un suministro para menos de un mes completo, es posible que no deba pagar el costo del suministro para el mes completo</b>
--------------------	--

Por lo general, el monto que paga por un medicamento con receta cubre el suministro para un mes completo. Es posible que, en algunos casos, a usted o su proveedor le gustaría obtener un suministro de un medicamento para menos de un mes (por ejemplo, cuando prueba por primera vez un medicamento). También puede pedirle a su médico que le recete y a su farmacéutico que le entregue un suministro para menos de un mes completo de sus medicamentos, si esto lo ayuda a planificar mejor las fechas de resurtido de diferentes medicamentos con receta.

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

- Si es responsable de pagar un 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 pagar un copago por el medicamento, solo pagará por la cantidad de días del medicamento que reciba en lugar del mes completo. Calcularemos el monto que paga por día por su medicamento (el costo compartido diario) y lo multiplicaremos por la cantidad de días del medicamento que recibe.

<b>Sección 5.4</b>	<b>Una tabla que muestra sus costos por un suministro a <i>largo plazo</i> (de 90 días) de un medicamento</b>
--------------------	---

Para algunos medicamentos, puede obtener un suministro a largo plazo (también denominado suministro extendido). Un suministro a largo plazo es un suministro de hasta a 90 días.

La siguiente tabla muestra lo que usted paga cuando recibe un suministro de un medicamento a largo plazo.

## Capítulo 6 Lo que le corresponde pagar por los medicamentos con receta de la Parte D

**Su parte del costo cuando obtiene un suministro a largo plazo de un medicamento con receta cubierto de la Parte D:**

<b>Nivel</b>	<b>Costo compartido minorista estándar (dentro de la red)</b> (hasta un suministro de 30 días)	<b>Costo compartido de pedido por correo</b> (hasta un suministro de 90 días)
<b>Para medicamentos de marca y genéricos</b> (incluidos los medicamentos de marca que se tratan como medicamentos genéricos)  <b>Así como para todos los demás medicamentos</b>	Usted paga coseguro del 25%.  Si recibe Ayuda Extra (“Extra Help”) para pagar sus medicamentos, es posible que sea elegible para costos compartidos reducidos. Consulte su “Cláusula Adicional de Subsidio por Bajos Ingresos (“LIS” Rider)”.	Usted paga coseguro del 25%.  Si recibe Ayuda Extra (“Extra Help”) para pagar sus medicamentos, es posible que sea elegible para costos compartidos reducidos. Consulte su “Cláusula Adicional de Subsidio por Bajos Ingresos (“LIS” Rider)”.

No pagará más de \$70 por un suministro de hasta dos meses o \$105 para 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 los costos que paga de su bolsillo alcancen los \$2,000**

Usted permanece en la Etapa de Cobertura Inicial hasta que los gastos de bolsillo totales alcancen los \$2,000. Luego pasa a la Etapa de Cobertura Catastrófica.

La EOB de la Parte D que recibió lo ayudará a llevar un registro de lo que usted, el plan y cualquier otro tercero han gastado en usted durante el año. No todos los miembros llegarán al límite de \$2,000 que paga de su bolsillo en un año.

Le informaremos cuando alcance este monto. Si llega a este monto, saldrá de la Etapa de Cobertura Inicial y pasará a la Etapa de Cobertura Catastrófica. Consulte la Sección 1.3 sobre cómo calcula Medicare los costos que paga de su bolsillo.

## Capítulo 6 Lo que le corresponde pagar por los medicamentos con receta de la Parte D

---

### SECCIÓN 6 Durante la Etapa de Cobertura Catastrófica, no paga nada por los medicamentos cubiertos de la Parte D

---

Usted entra en la Etapa de Cobertura Catastrófica cuando los gastos de bolsillo han alcanzado el límite de \$2,000 para el año calendario. Una vez que está en la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas, se quedará en esta etapa de pago hasta el final del año calendario.

- Durante esta etapa de pago, no paga nada por los medicamentos cubiertos de la Parte D.

### SECCIÓN 7 Vacunas de la Parte D: Lo que usted paga depende de cómo y dónde las obtiene

---

**Mensaje importante sobre lo que le corresponde pagar por las vacunas:** algunas vacunas se consideran beneficios médicos y están cubiertas por la Parte B. Otras vacunas se consideran medicamentos de la Parte D. Puede encontrar estas vacunas en la Lista de medicamentos del plan. Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo alguno para usted. Consulte la Lista de medicamentos de su plan o comuníquese con Servicios para Miembros para obtener detalles de cobertura y costo compartido sobre vacunas específicas.

Hay dos partes de nuestra cobertura de vacunas de la Parte D:

- La primera parte de la cobertura es el costo de **la vacuna en sí**.
- La segunda parte de la cobertura es para el costo de la **administración de la vacuna**. (A veces se le denomina colocación de la vacuna).

Sus costos de la Parte D dependen de tres elementos:

#### 1. Determinar si la vacuna es recomendada para adultos por una organización llamada Comité Asesor o Prácticas de Inmunización (ACIP).

- La mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos son recomendadas por el Comité Asesor o Prácticas de Inmunización (ACIP), y no le cuestan nada.

#### 2. Dónde obtiene la vacuna.

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

#### 3. Quién le administra la vacuna.

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

## Capítulo 6 Lo que le corresponde pagar por los medicamentos con receta de la Parte D

---

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

- A veces, cuando obtiene la vacuna, deberá pagar el costo total tanto de la vacuna en sí como el costo del proveedor por administrarla. Puede solicitarle a nuestro plan que le devuelva la parte que le corresponde pagar del costo. Para la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, esto significa que se le reembolsará el costo total que pagó.
- Otras veces, cuando recibe una vacuna, tendrá que pagar solo su parte del costo de acuerdo con el beneficio de la Parte D. Para la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, no pagará nada.

A continuación se presentan tres ejemplos de formas de recibir la administración de una vacuna de la Parte D.

*Situación 1:* La vacuna de la Parte D se le administra en la farmacia de la red. (Tener esta opción o no depende de dónde viva usted. En algunos estados, no se permite que las farmacias administren ciertas vacunas).

- Para la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, 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 la administración de la vacuna.
- Nuestro plan pagará el resto de los costos.

*Situación 2:* La vacuna de la Parte D se le administra en el consultorio de su médico.

- Cuando obtiene la vacuna, es posible que deba pagar el costo total tanto de la vacuna en sí como el costo del proveedor por administrarla.
- Entonces, puede solicitarle a nuestro plan que le pague la parte que nos corresponde del costo a través de los procedimientos descritos en el Capítulo 7.
- Para la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, se le reembolsará el monto total que pagó. Para otras vacunas de la Parte D, se le reembolsará el monto que pagó, menos el coseguro por la vacuna (incluida la administración), menos la diferencia que haya entre el monto que cobre el médico y lo que normalmente pagamos. (Si recibe Ayuda Extra (“Extra Help”), le reembolsaremos la diferencia).

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

- Para la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, no pagará nada por la vacuna en sí.

**Capítulo 6 Lo que le corresponde pagar por los medicamentos con receta de la Parte D**

---

- Para otras vacunas de la Parte D, usted pagará a la farmacia su coseguro por la vacuna en sí.
- Cuando su médico le administre la vacuna, es posible que tenga que pagar el costo total por este servicio.
- Entonces, puede solicitarle a nuestro plan que pague la parte que nos corresponde del costo a través de los procedimientos descritos en el Capítulo 7.
- Para la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, 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 la diferencia que existe entre el monto que cobre el médico y lo que normalmente pagamos. (Si recibe Ayuda Extra (“Extra Help”), le reembolsaremos esta diferencia).

## CAPÍTULO 7:

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

## **Capítulo 7 Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que usted recibió por concepto de servicios médicos o medicamentos cubiertos**

---

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

---

A veces, cuando recibe atención médica o un medicamento con receta, es posible que deba pagar el costo total. Otras veces, se dará cuenta de que ha pagado más de lo que pensaba que debía pagar según las normas de cobertura del plan o es posible que reciba una factura de un proveedor. En estos casos, puede pedirle a nuestro plan que le devuelva el dinero (a la acción de devolver el dinero a menudo se la llama reembolsar). Es su derecho que nuestro plan le reembolse cada vez que usted haya pagado más del monto que le corresponde de los costos por servicios médicos o medicamentos que están cubiertos por el plan. Puede haber plazos que deba cumplir para que le devuelvan el dinero. Consulte la Sección 2 de este capítulo.

También habrá veces en las que recibirá una factura de un proveedor por el costo total de la atención médica que se le prestó o posiblemente por un importe más alto que la parte que le corresponde del costo compartido, según se detalle en este documento. Primero, intente resolver el tema de la factura con el proveedor. Si esto no funciona, envíenos la factura en lugar de pagarla usted. Examinaremos la factura y decidiremos si los servicios se deben cubrir. Si decidimos que se deben cubrir, le pagaremos al proveedor directamente. Si decidimos no pagarla, notificaremos al proveedor. Nunca debe pagar más que los costos compartidos permitidos por el plan. Si se contrata a este proveedor, todavía tiene derecho al tratamiento.

Estos son ejemplos de situaciones en las que puede tener que solicitarle al plan que le haga un reembolso o que pague una factura que ha recibido:

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

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

- Usted es responsable de pagar solo su parte del costo de los servicios de emergencia o de urgencia. Los proveedores de emergencia están legalmente obligados a brindar atención de emergencia. Si usted paga el monto total en el momento de recibir la atención, pídanos que le reembolsemos el monto del costo que nos corresponde pagar. Envíenos la factura junto con la documentación de cualquier pago que haya efectuado.
- Es posible que reciba una factura del proveedor en la que le pide pagar un monto que usted considera que no debe. Envíenos esa factura junto con la documentación de cualquier pago que ya haya efectuado.
  - Si al proveedor se le debe algo, le pagaremos directamente.

## **Capítulo 7 Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que usted recibió por concepto de servicios médicos o medicamentos cubiertos**

---

- Si ya ha pagado más de lo que le corresponde pagar del costo del servicio, determinaremos cuánto debía y le reembolsaremos el monto de la parte que nos correspondía.

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

Los proveedores de la red siempre deben facturar directamente al plan y pedirle solo su parte del costo. Pero a veces cometen errores y le piden que pague más de lo que le corresponde.

- Usted solo tiene que pagar el monto del costo compartido cuando recibe servicios cubiertos. No permitimos a los proveedores agregar cargos adicionales, lo que se denomina facturación del saldo. Esta protección (que nunca paga más que el monto de su costo compartido) se aplica aun cuando pagamos menos de lo que el proveedor factura por un servicio, incluso si hay una disputa y no pagamos ciertos cargos del proveedor.
- Siempre que reciba una factura de un proveedor de la red cuyo monto usted considera que es más de lo que debe pagar, envíenosla. Nos pondremos en contacto con el proveedor directamente y resolveremos el problema de facturación.
- Si ya le ha pagado una factura a un proveedor de la red, pero cree que pagó demasiado, envíenosla junto con la documentación de cualquier pago que haya realizado y pídanos reembolsarle la diferencia entre el monto que pagó y el que debe según el plan.

### **3. Si está inscrito retroactivamente en nuestro plan**

Algunas veces, la inscripción de una persona en un plan es retroactiva. (Esto significa que el primer día de la inscripción ya había pasado. La fecha de inscripción pudo incluso haber sido el año pasado).

Si se inscribió retroactivamente en nuestro plan y pagó de su bolsillo por sus servicios o medicamentos cubiertos después de la fecha de inscripción, puede solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde. Deberá enviarnos cierta documentación, como recibos y facturas, para que coordinemos su reembolso.

### **4. Cuando utilice una farmacia fuera de la red para obtener medicamentos con receta**

Si acude a una farmacia fuera de la red, es posible que la farmacia no pueda presentarnos la reclamación directamente. Si esto sucede, usted deberá pagar el costo total de sus medicamentos con receta.

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

## Capítulo 7 **Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que usted recibió por concepto de servicios médicos o medicamentos cubiertos**

---

### **5. Cuando paga el costo total de un medicamento con receta porque no lleva con usted su tarjeta de miembro del plan**

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

Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos pida el reembolso de la parte que nos corresponde del costo. Es posible que no le reembolsemos el costo total que pagó si el precio en efectivo que pagó es superior al precio negociado por el medicamento con receta.

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

Usted puede pagar el costo total del medicamento con receta porque se da cuenta de que el medicamento no tiene cobertura por alguna razón.

- Por ejemplo, el medicamento puede no estar en la Lista de medicamentos del plan o podría tener un requisito o restricción que usted no conocía o que no cree que debería aplicarse en su caso. Si usted decide obtener el medicamento de inmediato, es posible que deba pagar su costo total.
- Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos pida el reembolso. En algunas situaciones, puede ser necesario obtener más información de su médico para reembolsarle nuestra parte del costo. Es posible que no le reembolsemos el costo total que pagó si el precio en efectivo que pagó es superior al precio negociado por el medicamento con receta.

Todos los ejemplos anteriores corresponden a tipos de decisiones de cobertura. Esto significa que si rechazamos su solicitud de pago, usted puede apelar nuestra decisión. El Capítulo 9 de este documento contiene información sobre cómo presentar una apelación.

---

## **SECCIÓN 2      Cómo solicitarnos el reembolso o el pago de una factura que recibió**

---

Puede solicitarnos que le reembolsemos enviándonos una solicitud por escrito. Si envía una solicitud por escrito, envíenos su factura y la documentación de cualquier pago que haya realizado. Es buena idea hacer una copia de su factura y de los recibos para sus registros. **Debe presentarnos la reclamación dentro de los 60 días** a partir de la fecha en que recibió el servicio, producto o medicamento.

## **Capítulo 7 Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que usted recibió por concepto de servicios médicos o medicamentos cubiertos**

---

Envíenos su solicitud de pago junto con cualquier factura o recibo pagado a esta dirección:

RiverSpring Star  
Attn: Claims Department  
80 West 225<sup>th</sup> 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 decidiremos si le pagaremos o no**

---

<b>Sección 3.1 Comprobamos si debemos cubrir el servicio o el medicamento y cuánto debemos</b>
--

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

- Si decidimos que la atención médica o el medicamento están cubiertos y que usted ha seguido todas las normas, pagaremos nuestra parte del costo. Es posible que nuestra parte del costo no sea el monto total que pagó (por ejemplo, si obtuvo un medicamento en una farmacia fuera de la red o si el precio en efectivo que pagó por un medicamento es superior al precio negociado). Si ya ha pagado por el servicio o medicamento, le enviaremos por correo su reembolso de nuestra parte del costo. Si aún no ha pagado por el servicio o el medicamento, le enviaremos por correo el pago directamente al proveedor.
- Si tomamos la decisión de *no* cubrir el medicamento o la atención médica o si usted *no* cumplió con todas las normas, no pagaremos la parte que nos corresponde del costo. Le enviaremos una carta en la que se le explican las razones por las que no le estamos enviando el pago y su derecho a apelar esa decisión.

**Capítulo 7** **Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que usted recibió por concepto de servicios médicos o medicamentos cubiertos**

---

<b>Sección 3.2</b>	<b>Si le comunicamos que no pagaremos, en su totalidad o en parte, el medicamento o la atención médica, puede presentar una apelación</b>
--------------------	---

Si usted piensa que hemos cometido un error al rechazar su solicitud de pago o no está de acuerdo con el monto que estamos pagando, puede presentar una apelación. Si usted presenta una apelación, significa que nos está pidiendo que cambiemos la decisión que tomamos al rechazar su solicitud de pago. El proceso de apelaciones es un proceso formal con procedimientos detallados y plazos importantes. Para obtener detalles sobre cómo presentar esta apelación, vaya al Capítulo 9 de este documento.

# CAPÍTULO 8:

## *Sus derechos y responsabilidades*

---

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

---

<b>Sección 1.1</b>	<b>Debemos proporcionarle información de una manera que sea conveniente para usted y consistente con sus sensibilidades interculturales (en otros idiomas que no sean el español, en braille, en tamaño de letra grande, en otros formatos alternativos, etc.)</b>
--------------------	--

Your plan is required to ensure that all services, both clinical and non-clinical, are provided in a culturally competent manner and are accessible to all enrollees, including those with limited English proficiency, limited reading skills, hearing incapacity, or those with diverse cultural and ethnic backgrounds. Examples of how a plan may meet these accessibility requirements include, but are not limited to: provision of translator services, interpreter services, teletypewriters, or TTY (text telephone or teletypewriter phone) connection.

Our plan has free interpreter services available to answer questions from non-English speaking members. We can also give you information in braille, in large print, or other alternate formats at no cost if you need it. We are required to give you information about the plan's benefits in a format that is accessible and appropriate for you. To get information from us in a way that works for you, please call Member Services.

Our plan is required to give female enrollees the option of direct access to a women's health specialist within the network for women's routine and preventive health care services.

If providers in the plan's network for a specialty are not available, it is the plan's responsibility to locate specialty providers outside the network who will provide you with the necessary care. In this case, you will only pay in-network cost sharing. If you find yourself in a situation where there are no specialists in the plan's network that cover a service you need, call the plan for information on where to go to obtain this service at in-network cost sharing.

If you have any trouble getting information from our plan in a format that is accessible and appropriate for you, seeing a women's health specialists or finding a network specialist, please call to file a grievance with Member Services by calling 1-800-580-7000. TTY/TDD users should call 711. You may also file a complaint with Medicare by calling 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) or directly with the Office for Civil Rights 1-800-368-1019 or TTY 1-800-537-7697.

Para recibir información de nosotros de una manera conveniente y efectiva, llame a 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

## Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades

---

y adecuado a su caso. Para recibir información de nosotros de una manera conveniente y efectiva, llame a Servicios para 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 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; o bien, puede comunicarse con Servicios para Miembros al 1-800-580-7000 para obtener más información.

<b>Sección 1.2</b>	<b>Debemos asegurarnos de que tenga acceso oportuno a los servicios y medicamentos cubiertos</b>
--------------------	--

Usted tiene derecho a elegir a un proveedor de la red del plan que posibilite y coordine los servicios cubiertos. No le pedimos que obtenga una remisión *para* ir a proveedores de la red.

Tiene derecho a programar citas con los proveedores de la red del plan y recibir los servicios cubiertos que estos le brinden *dentro de un plazo razonable*. Esto incluye el derecho a recibir servicios oportunos de los especialistas cuando necesite dicha atención. También tiene derecho a obtener sus medicamentos con receta o a resurtirlos en cualquiera de las farmacias de nuestra red, sin demoras prolongadas.

Si usted considera que no está recibiendo su atención médica o los medicamentos de la Parte D dentro de un período razonable, el Capítulo 9 le explica lo que puede hacer.

<b>Sección 1.3</b>	<b>Debemos proteger la privacidad de su información de salud personal</b>
--------------------	---

Las leyes federales y estatales protegen la privacidad de sus registros médicos y su información de salud personal. Protegemos su información de salud personal según lo exigido por estas leyes.

- Su información de salud personal incluye la información personal que nos suministró cuando se inscribió en este plan, así como sus registros médicos y otra información médica y de salud.
- Tiene derechos relacionados con su información y el control de cómo se utiliza su información de salud. Le enviamos un aviso por escrito, que se denomina **Aviso sobre prácticas de privacidad**, en el que se le informa sobre estos derechos y se le explica cómo protegemos la privacidad de la información de salud.

### **¿Cómo protegemos la privacidad de su información de salud?**

- Nos aseguramos de que personas no autorizadas no vean ni cambien sus registros.
- Excepto en las situaciones mencionadas a continuación, si tenemos la intención de suministrarle su información de salud a otra persona que no le brinda atención ni paga por ella, *tenemos la obligación de pedirle a usted, o a alguien que tenga el poder legal de tomar decisiones por usted, su autorización por escrito antes de hacerlo.*
- Hay ciertas excepciones que no nos obligan a obtener antes su permiso por escrito. Estas excepciones están permitidas o son exigidas por la ley.
  - Se nos exige dar a conocer información de salud a agencias del gobierno que controlan la calidad de la atención.
  - Dado que usted es miembro de nuestro plan a través de Medicare, se nos requiere proporcionarle a Medicare su información de salud, incluida la información acerca de sus medicamentos con receta de la Parte D. Si Medicare da a conocer su información para investigación u otros usos, esto se hará de acuerdo con las leyes y reglamentaciones federales; en general, esto requiere que no se comparta la información que lo identifica específicamente.

### **Usted puede ver la información en sus registros y saber cómo ha sido compartida con otros**

Usted tiene derecho a ver sus registros médicos conservados por el plan y a obtener una copia de sus registros. Estamos autorizados a cobrarle un cargo por hacer las copias. También tiene derecho a pedirnos que agreguemos información o corriamos sus registros médicos. Si usted nos pide hacer esto, trabajaremos con su proveedor de atención médica para decidir si los cambios deben realizarse.

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

Si tiene preguntas o inquietudes sobre la privacidad de su información de salud personal, llame a Servicios para Miembros.

Puede encontrar una copia de las prácticas de privacidad en nuestro sitio web en [www.RiverSpringHealthPlans.org](http://www.RiverSpringHealthPlans.org).

<b>Sección 1.4</b>	<b>Debemos proporcionarle información acerca del plan, su red de proveedores y sus servicios cubiertos</b>
--------------------	--

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

**Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades**

---

Si desea obtener cualquiera de los siguientes tipos de información, llame a Servicios para Miembros:

- **Información sobre nuestro plan.** Esto incluye, por ejemplo, información sobre la situación financiera del plan.
- **Información acerca de nuestros proveedores y farmacias de la red.** Tiene derecho a obtener información sobre las calificaciones de los proveedores y las farmacias de nuestra red y cómo les pagamos a los proveedores de nuestra red.
- **Información acerca de su cobertura y las normas que debe seguir para usarla.** Los Capítulos 3 y 4 brindan información sobre los servicios médicos. Los Capítulos 5 y 6 proporcionan información sobre la cobertura para medicamentos con receta de la Parte D
- **Información sobre los motivos por lo que algo no está cubierto y lo que puede hacer al respecto.** El Capítulo 9 proporciona información sobre el pedido de una explicación por escrito de por qué un servicio médico o un medicamento de la Parte D no tiene cobertura o si su cobertura tiene algún tipo de restricción. El Capítulo 9 también proporciona información sobre cómo pedirnos que cambiemos una decisión, también llamada apelación.

<b>Sección 1.5</b>	<b>Debemos apoyar su derecho a tomar decisiones sobre su atención</b>
--------------------	---

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

Tiene derecho a obtener la información completa de sus médicos y de otros proveedores de atención médica. Sus proveedores deben explicar su afección y sus opciones de tratamiento *de una manera que usted pueda comprender*.

Usted también tiene derecho a participar plenamente en las decisiones sobre su atención médica. Para ayudarlo a tomar decisiones con sus médicos acerca de qué tratamiento es mejor para usted, sus derechos son los siguientes:

- **Saber acerca de todas sus opciones.** Tiene el derecho a ser informado acerca de todas las opciones de tratamiento que se recomiendan para su afección, independientemente de su costo o si son cubiertas por nuestro plan. También incluye la información sobre los programas que nuestro plan ofrece para ayudar a los miembros a administrar sus medicamentos y usarlos de forma segura.
- **Saber acerca de los riesgos.** Usted tiene el derecho a que se le informe sobre los riesgos involucrados en su atención médica. Se le debe informar por adelantado si alguna atención médica o tratamiento propuesto es parte de un experimento de investigación. Usted siempre tiene la opción de rechazar cualquier tratamiento experimental.

## Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades

---

- **El derecho a decir “no”.** Tiene derecho a negarse a recibir el tratamiento recomendado. Esto incluye el derecho a retirarse de un hospital u otro centro médico, incluso si su médico le aconseja quedarse. También tiene el derecho a dejar de tomar su medicamento. Desde luego que, si rechaza el tratamiento o deja de tomar los medicamentos, usted acepta la responsabilidad plena de lo que le ocurra a su cuerpo como consecuencia de ello.

### **Usted tiene derecho a dar instrucciones sobre lo que debe hacerse si está inhabilitado para tomar decisiones médicas por usted mismo**

A veces, las personas no pueden tomar decisiones sobre su atención médica por sí solas a causa de algún accidente o enfermedad grave. Usted tiene derecho a decir lo que desea que suceda si está en esta situación. Esto significa que, *si así lo desea*, usted puede hacer lo siguiente:

- Completar un formulario por escrito para otorgarle a **alguien la autoridad legal para tomar decisiones médicas por usted** en caso de que alguna vez no tenga la capacidad de tomar decisiones por sí mismo.
- **Darles a sus médicos instrucciones por escrito** acerca de cómo desea que manejen su atención médica en caso de que no tenga la capacidad para tomar decisiones por sí mismo.

Los documentos legales que puede utilizar para dar sus instrucciones con anticipación para estos casos se denominan **instrucciones anticipadas**. Existen diferentes tipos de instrucciones anticipadas y nombres diferentes para ellas. Los documentos, como el **testamento vital** y el **poder de representación para la atención médica** son ejemplos de instrucciones anticipadas.

### **Si desea utilizar una instrucción anticipada para dar a conocer sus instrucciones, esto es lo que debe hacer:**

- **Obtener el formulario.** Puede recibir un formulario de instrucciones anticipadas de su abogado, de un asistente social o puede conseguirlo en algunas tiendas de artículos para oficina. A veces se pueden obtener formularios de instrucciones anticipadas de organizaciones que ofrecen información sobre Medicare. También puede comunicarse con Servicios para Miembros para solicitar los formularios.
- **Completarlo y firmarlo.** Independientemente del lugar donde obtenga este formulario, tenga en cuenta que se trata de un documento legal. Usted debe considerar solicitarle a un abogado que lo ayude a prepararlo.
- **Entregarles copias a las personas pertinentes.** Usted debe entregarles una copia del formulario a su médico y a la persona que nombre en el formulario como la persona responsable de tomar las decisiones por usted si usted no puede. Puede darles copias a algunos amigos cercanos o miembros de la familia. Guarde una copia en casa.

**Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades**

---

Si sabe con anticipación que deberá hospitalizarse y ha firmado instrucciones anticipadas, **lleve una copia cuando vaya al hospital.**

- El hospital le preguntará si ha firmado un formulario de instrucciones anticipadas y si lo lleva con usted.
- Si no ha firmado un formulario de instrucciones anticipadas, el hospital tiene formularios disponibles y le preguntarán si desea firmar uno.

**Recuerde, es su elección si desea llenar un formulario de instrucciones anticipadas** (inclusive si desea firmar uno estando en el hospital). Según la ley, nadie puede negarse a brindarle atención ni puede discriminarlo por haber firmado o no instrucciones anticipadas.

**¿Qué pasa si sus instrucciones no se siguen?**

Si firmó instrucciones anticipadas y cree que un médico u hospital no siguieron las instrucciones allí incluidas, puede presentar un reclamo ante la Oficina del Comisionado del Departamento de Salud del Estado de New York, New York State Department of Health, Office of the Commissioner, Empire State Plaza, Corning Tower, 14<sup>th</sup> Floor, Albany, New York, 12237. También puede comunicarse con el Departamento de Salud llamando al 1-518-474-2011.

<b>Sección 1.6</b>	<b>Usted tiene derecho a presentar quejas y pedirnos reconsiderar decisiones que hayamos tomado</b>
--------------------	---

Si tiene algún problema, inquietud o queja y necesita solicitar cobertura o presentar una apelación, el Capítulo 9 de este documento le indica lo que puede hacer. Independientemente de lo que haga, ya sea solicitar una decisión de cobertura, presentar una apelación o una queja, **estamos obligados a tratarlo con imparcialidad.**

<b>Sección 1.7</b>	<b>¿Qué puede hacer si siente que está siendo tratado injustamente o que sus derechos no son respetados?</b>
--------------------	--

**Si se trata de discriminación, llame a la Oficina de Derechos Civiles**

Si siente que no se le ha tratado con imparcialidad o que no se han respetado sus derechos debido a su raza, discapacidad, religión, sexo, 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 1-800-537-7697, o a la Oficina de Derechos Civiles de su localidad.

**¿Se trata de algo diferente?**

Si siente que no se le ha tratado con imparcialidad o que sus derechos no han sido respetados, y *no* se trata de discriminación, puede obtener ayuda para tratar el problema que está enfrentando:

- Puede llamar a **Servicios para Miembros.**

## Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades

---

- Puede **llamar al SHIP**. Para obtener más información, consulte la Sección 3 del Capítulo 2.
- O bien, **puede llamar a Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana (TTY 1-877-486-2048).

### Sección 1.8      **Cómo obtener más información sobre sus derechos**

Hay varios lugares donde puede obtener más información sobre sus derechos:

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

---

## SECCIÓN 2      **Usted tiene algunas responsabilidades como miembro del plan**

---

Lo que tiene que hacer como miembro del plan se enumera a continuación. Si tiene preguntas, llame a Servicios para Miembros.

- **Familiarícese con sus servicios cubiertos y las normas que debe seguir para obtenerlos.** Use esta *Evidencia de Cobertura* para obtener información sobre lo que está cubierto y las normas que debe cumplir para obtener los servicios cubiertos.
  - Los Capítulos 3 y 4 dan más detalles sobre sus servicios médicos.
  - Los Capítulos 5 y 6 dan más detalles sobre su cobertura para medicamentos con receta de la Parte D.
- **Si, además de nuestro plan, tiene cobertura de otro seguro médico u otra cobertura para medicamentos con receta, debe comunicárnoslo.** El Capítulo 1 le informa sobre la coordinación de estos beneficios.
- **Dígales al médico y a otros proveedores de atención médica que está inscrito en nuestro plan.** Muestre la tarjeta de miembro del plan cada vez que obtenga atención médica o medicamentos con receta de la Parte D.
- **Permita que sus médicos y otros proveedores lo ayuden dándoles información, haciendo preguntas y realizando un seguimiento de su atención médica.**

**Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades**

---

- Para ayudar a obtener la mejor atención, informe a sus médicos y otros proveedores de salud acerca de sus problemas de salud. Siga las instrucciones y planes de tratamiento que usted y sus médicos acordaron.
- Asegúrese de que los médicos conozcan todos los medicamentos que está tomando, incluidos los medicamentos de venta libre, las vitaminas y los suplementos.
- Si tiene preguntas, no dude en hacerlas y obtener una respuesta que comprenda.
- **Sea considerado.** Esperamos que todos nuestros miembros respeten los derechos de otros pacientes. También esperamos que usted actúe de una manera que contribuya al buen funcionamiento del consultorio de su médico, hospitales y otras oficinas.
- **Pague lo que debe.** Como miembro del plan, usted es responsable de estos pagos:
  - Debe pagar las primas del plan.
  - Debe continuar pagando una prima por la 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 del costo al recibir el servicio o el medicamento.
  - 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 por la Parte D debido a sus ingresos anuales, debe continuar pagando este monto directamente al gobierno para seguir siendo miembro del plan.
- **Incluso si se muda *dentro* del área de servicio de nuestro plan, debemos estar al tanto** de esto para mantener actualizado su registro de miembro y para saber cómo podemos comunicarnos con usted.
- **Si se muda *fuera* del área de servicio de nuestro plan, no puede seguir siendo miembro del plan.**
- Si se muda, también es importante que se lo comunique al Seguro Social (o a la Junta de Jubilación Ferroviaria).

## CAPÍTULO 9:

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

**Capítulo 9 Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)****SECCIÓN 1 Introducción****Sección 1.1 Qué debe hacer si tiene un problema o una inquietud**

Este capítulo explica dos tipos de procesos para el manejo de problemas e inquietudes:

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

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

La guía de la Sección 3 lo ayudará a identificar el proceso correcto a seguir y qué debe hacer.

**Sección 1.2 Acerca de los términos legales**

Existe terminología legal para algunas de las normas, procedimientos y tipos de plazos que se explican 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:

- Usa palabras más simples en vez de utilizar ciertos términos legales. Por ejemplo, en este capítulo aparece presentar una queja en lugar de interponer un reclamo, 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.
- También se evita al máximo el uso de abreviaturas.

No obstante, puede resultarle útil, y, a veces, es bastante importante, conocer los términos legales correctos. Saber qué términos emplear le permitirá comunicarse con mayor claridad para obtener la ayuda o información adecuadas para su situación. Para ayudarlo a saber qué términos utilizar, incluimos términos legales cuando damos los detalles para el manejo de determinados tipos de situaciones.

---

**Capítulo 9 Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)**

---

---

**SECCIÓN 2      Dónde obtener más información  
y asistencia personalizada**

---

Siempre estamos a su disposición para ayudarlo. Incluso si tiene una queja sobre el trato que le damos, estamos obligados a respetar su derecho a presentar una queja. Por lo tanto, siempre debe comunicarse con el Servicios para Miembros para obtener ayuda. Pero en algunas situaciones, es posible que también quiera la ayuda o la orientación de alguien que no tenga relación con nosotros.

A continuación se presentan dos entidades que pueden ayudarlo.

**Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (SHIP)**

Cada estado tiene un programa gubernamental con consejeros capacitados. El programa no está relacionado con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud. Los asesores de este programa pueden ayudarlo a comprender el proceso que debe utilizar para tratar el problema que tenga. Además, ellos también pueden responder sus preguntas, darle más información y orientarlo sobre lo que debe hacer.

Los servicios ofrecidos por los asesores del SHIP son gratuitos. En la Sección 3 del Capítulo 2 de este documento encontrará los números de teléfono y las URL del sitio web.

**Medicare**

También puede comunicarse con Medicare para obtener ayuda. Para comunicarse con Medicare realice lo siguiente:

- Puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, 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](http://www.medicare.gov)).

---

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

---

Si tiene un problema o una inquietud, solo necesita leer las partes del capítulo que se aplican a su situación. La guía que sigue le será útil.

---

**¿Su problema o inquietud tiene que ver con sus beneficios o cobertura?**

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

**Capítulo 9 Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)**

---

**Sí.**

Vaya a la sección siguiente de este capítulo, Sección 4, **Una guía de los fundamentos de las decisiones de cobertura y las apelaciones.**

**No.**

Vaya a la **Sección 10**, al final de este capítulo: **Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el Servicios para Miembros u otras inquietudes.**

---

**DECISIONES DE COBERTURA Y APELACIONES**

---

**SECCIÓN 4 Una guía de los fundamentos de las decisiones de cobertura y las apelaciones**

---

**Sección 4.1 Cómo solicitar decisiones de cobertura y presentar apelaciones: panorama general**

---

Las decisiones de cobertura y las apelaciones tratan los problemas relacionados con sus beneficios y la cobertura de su atención médica (servicios, artículos y medicamentos con receta de la Parte B, incluido el pago). Para simplificar las cosas, en general, nos referimos a artículos, servicios y medicamentos con receta de la Parte B de Medicare como **atención médica**. Usted utiliza el proceso de decisión de cobertura y apelaciones para asuntos como determinar si algo está cubierto o no y la forma en que está cubierto.

**Cómo solicitar decisiones de cobertura antes de recibir los beneficios**

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos con respecto a sus beneficios y la cobertura o con relación al monto que pagaremos por su atención médica. Por ejemplo, si su médico de la red del 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* deje en claro que el servicio remitido nunca está cubierto para ninguna afección. Usted o su médico también puede contactarnos y pedirnos una decisión de cobertura si su médico no está seguro de si cubriremos un servicio médico particular o nos rehusamos a brindarle la atención médica que usted cree que necesita. En otras palabras, si usted quiere saber si cubriremos la atención médica antes de recibirla, puede pedirnos que tomemos una decisión de cobertura para usted. En circunstancias limitadas, una solicitud de una decisión de cobertura será rechazada, lo que significa que no revisaremos la solicitud. Algunos ejemplos de cuándo se rechazará una solicitud incluyen si la solicitud está incompleta, si alguien hace la solicitud en su

## Capítulo 9 Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

---

nombre, pero no está legalmente autorizado para hacerlo, o si usted solicita que se retire su solicitud. Si rechazamos una solicitud de una decisión de cobertura, enviaremos un aviso en el que se explicará por qué rechazamos la solicitud y cómo solicitar una revisión de la denegación.

Tomamos una decisión de cobertura para usted cada vez que decidimos lo que está cubierto para usted y cuánto tenemos que pagar. En algunos casos, podríamos decidir que la atención médica no está cubierta o que ya no tiene cobertura de Medicare para usted. Si está en desacuerdo con esta decisión de cobertura, puede presentar una apelación.

### Cómo presentar una apelación

Si tomamos una decisión de cobertura, ya sea antes o después de que se reciba 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 hemos tomado. En ciertas circunstancias, que analizaremos más adelante, puede solicitar una **apelación rápida** o acelerada de una decisión de cobertura. Su apelación es analizada por revisores distintos a los que tomaron la decisión original.

Cuando apela una decisión por primera vez, esto se denomina apelación de Nivel 1. En este tipo de apelación, revisamos la decisión de cobertura que hemos tomado para comprobar si seguimos todas las normas correctamente. Cuando hayamos completado la revisión, le comunicaremos nuestra decisión.

En circunstancias limitadas, una solicitud de una apelación de Nivel 1 será rechazada, lo que significa que no revisaremos la solicitud. Algunos ejemplos de cuándo se rechazará 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 rechazamos una solicitud de apelación de Nivel 1, enviaremos un aviso en el que se explicará por qué rechazamos la solicitud y cómo solicitar una revisión de la denegación.

Si rechazamos la totalidad o parte de su apelación de Nivel 1 para atención médica, la apelación pasará automáticamente a una apelación de Nivel 2 evaluada 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 totalmente de acuerdo con su apelación de Nivel 1.
- Para obtener más información sobre las apelaciones de Nivel 2 sobre atención médica, consulte la **Sección 5.4** de este capítulo.
- Las apelaciones de la Parte D se analizan más adelante en la Sección 6 de este capítulo.

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

**Capítulo 9 Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)****Sección 4.2      Cómo obtener ayuda cuando está pidiendo una decisión de cobertura o presentando una apelación**

Estos son los recursos si decide solicitar algún tipo de decisión de cobertura o apelar una decisión:

- **Puede llamarnos a Servicios para Miembros.**
- **Puede obtener ayuda gratuita** de su Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud.
- **Su médico puede realizar la solicitud por usted.** Si su médico ayuda con una apelación más allá del Nivel 2, deberá ser nombrado como su representante. Llame a Servicios para Miembros y pida el formulario *Nombramiento de representante*. (El formulario también está disponible en el sitio web de Medicare en [www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf](http://www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf) o en nuestro sitio web en [www.RiverSpringHealthPlans.org](http://www.RiverSpringHealthPlans.org)).
  - Su médico puede solicitar en su nombre una decisión de cobertura o una apelación de Nivel 1 para la atención médica o medicamentos con receta de la Parte B. Si se rechaza su apelación de Nivel 1, esta se enviará automáticamente al Nivel 2.
  - Para los medicamentos con receta de la Parte D, su médico u otra persona autorizada a dar recetas puede solicitar una decisión de cobertura o una apelación de Nivel 1 en su nombre. Si se deniega su apelación de Nivel 1, su médico o persona autorizada a dar recetas puede solicitar una apelación de Nivel 2.
- **Puede solicitar que alguien actúe en su nombre.** Si así lo desea, puede designar a otra persona para que actúe en su nombre como su representante para solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.
  - Si quiere que un amigo, pariente u otra persona sea su representante, llame a Servicios para Miembros y pida el formulario *de Nombramiento de representante*. (El formulario también está disponible en el sitio web de Medicare en [www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf](http://www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf) o en nuestro sitio web en [www.RiverSpringHealthPlans.org](http://www.RiverSpringHealthPlans.org)). El formulario le otorga a esa persona la autorización de actuar en su nombre. El formulario debe estar firmado por usted y por la persona que usted desea que actúe en su nombre. Usted debe darle al plan una copia del formulario firmado.
  - Si bien podemos aceptar una solicitud de apelación sin el formulario, no podemos terminar nuestra revisión si no lo recibimos. Si no recibimos el formulario antes de nuestro plazo para tomar una decisión sobre su apelación, su solicitud de apelación será rechazada. Si esto sucede, le enviaremos un aviso por escrito en el que se explicará su derecho de pedirle a una organización de revisión independiente que revise nuestra decisión de rechazar su apelación.

## Capítulo 9 Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- **También tiene derecho a contratar a un abogado.** Puede comunicarse con su propio abogado u obtener el nombre de un abogado del colegio de abogados local u otro servicio de remisión. También existen grupos que le proporcionarán servicios legales gratuitos si usted reúne los requisitos. Sin embargo, **no es obligatorio que contrate a un abogado** para que pida algún tipo de decisión de cobertura o la apelación de una decisión.

### Sección 4.3 ¿En qué sección de este capítulo se incluyen detalles de su situación?

Existen cuatro situaciones diferentes que suponen decisiones de cobertura y apelaciones. Dado que cada situación tiene diferentes normas y plazos, damos los detalles de cada una en una sección aparte:

- **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 si usted considera que el médico le está dando de alta demasiado pronto.
- **Sección 8** de este capítulo: Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo algunos servicios médicos si siente que su cobertura está terminando demasiado pronto. (*Se aplica solo a estos servicios:* atención médica a domicilio, en un centro de atención de enfermería especializada y servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes externos [CORF]).

Si no está seguro de qué sección debe estar usando, llame a Servicios para Miembros. También puede obtener ayuda o información de organizaciones gubernamentales, como el programa 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 indica qué hacer si tiene problemas para obtener cobertura para atención médica o si desea que le reembolsemos nuestra parte del costo de su atención

En esta sección se describen los beneficios que tiene de atención médica. Estos beneficios se detallan en el Capítulo 4 de este documento: *Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)*. En algunos casos, se aplican diferentes normas a una solicitud de medicamento con receta de la Parte B. En esos casos, explicaremos en qué se diferencian las normas para los medicamentos con receta de la Parte B de las normas para artículos y servicios médicos.

## Capítulo 9 Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Esta sección le indica lo que puede hacer si se encuentra en cualquiera de las cinco situaciones siguientes:

1. No está recibiendo la atención médica que quiere y cree que el plan la cubre. **Solicitar una decisión de cobertura. Sección 5.2.**
2. Nuestro plan no autorizó la atención médica que desea brindarle su médico u otro proveedor médico, y usted cree que el plan cubre dicha atención. **Solicitar una decisión de cobertura. Sección 5.2.**
3. Recibió atención médica que cree que el plan debería cubrir, pero le hemos comunicado que no pagaremos dicha atención. **Presentar una apelación. Sección 5.3.**
4. Recibió y pagó atención médica y cree que el plan debería cubrirla, por lo que quiere solicitar que el plan le reembolse el costo de esta atención. **Enviarnos la factura. Sección 5.5.**
5. Se le comunica que la cobertura que tenía para determinados servicios de atención médica que estaba recibiendo se reducirá o interrumpirá, y usted cree que esto podría perjudicar su salud. **Presentar una apelación. Sección 5.3.**

**Nota:** Si la cobertura que se va a interrumpir es para atención hospitalaria, servicios de atención médica a domicilio, servicios en un centro de atención de enfermería especializada o servicios en 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.

<b>Sección 5.2</b>	<b>Paso a paso: Cómo solicitar una decisión de cobertura</b>
--------------------	--

<b>Términos legales</b>
<p>Cuando una decisión de cobertura incluye su atención médica, se la denomina <b>determinación de la organización</b>.</p> <p>Una decisión de cobertura rápida se denomina <b>decisión acelerada</b>.</p>

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

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

## Capítulo 9 Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

---

- Puede *solicitar* cobertura *solamente* para artículos o servicios médicos (no solicitudes de pago de artículos o servicios ya recibidos).
- Puede obtener una decisión de cobertura rápida *solo* si el hecho de recurrir a los plazos estándares podría *afectarle de forma grave o perjudicar su capacidad física*.
- **Si su médico nos dice que su salud requiere una decisión de cobertura rápida, automáticamente aceptaremos proporcionarle una decisión de cobertura rápida.**
- **Si nos pide usted mismo la decisión de cobertura rápida, sin el apoyo de su médico, decidiremos si su salud requiere que tomemos una decisión de cobertura rápida.** Si no aprobamos una decisión de cobertura rápida, le enviaremos una carta en la que se indique lo siguiente:
  - Que usaremos los plazos estándar.
  - Que, si su médico pide la decisión de cobertura rápida, automáticamente se la proporcionaremos.
  - Cómo puede presentar una queja rápida sobre nuestra decisión de proporcionarle una decisión de cobertura estándar en lugar de la decisión de cobertura rápida que solicitó.

### **Paso 2: Pídale a nuestro plan que tome una decisión de cobertura o una decisión de cobertura rápida.**

- Comience por llamar, escribir o enviar un fax a nuestro plan para solicitarnos que autoricemos o brindemos cobertura para la atención médica que desea. Usted o su médico o su representante pueden hacer esto. El Capítulo 2 contiene información de contacto.

### **Paso 3: Consideramos su solicitud de cobertura para atención médica y le damos nuestra respuesta.**

*Para las decisiones de cobertura estándar usamos los plazos estándares.*

**Esto significa que le daremos una respuesta en un plazo de 14 días calendario** después de recibida su solicitud **de un artículo o servicio médico**. Si está solicitando un **medicamento con receta de la Parte B de Medicare**, le daremos una respuesta **en un plazo de 72 horas** después de recibida su solicitud.

- **No obstante**, si solicita más tiempo o si necesitamos recabar más información que podría beneficiarlo, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales** si está solicitando un artículo o servicio médico. Si nos tomamos días adicionales, se lo notificaremos por escrito. No podemos tomar tiempo adicional para tomar una decisión si está solicitando un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.
- Si considera que *no* deberíamos tomar días adicionales, puede presentar una queja rápida. Le otorgaremos una respuesta a su queja tan pronto como tomemos la decisión.

## Capítulo 9 Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

(El proceso para presentar una queja es diferente del proceso de decisiones de cobertura y apelaciones. Consulte la Sección 10 de este capítulo para obtener información sobre las quejas).

*En el caso de las decisiones de cobertura rápida usamos un marco de tiempo acelerado.*

**Una decisión de cobertura rápida significa que responderemos en un plazo de 72 horas si está solicitando un artículo o servicio médico. Si está solicitando un medicamento con receta de la Parte B de Medicare, responderemos en un plazo de 24 horas.**

- **No obstante**, si usted solicita más tiempo o si necesitamos más información que podría beneficiarlo, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales**. Si nos tomamos días adicionales, se lo notificaremos por escrito. No podemos tomar tiempo adicional para tomar una decisión si está solicitando un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.
- Si considera que *no* deberíamos tomar días adicionales, puede presentar una queja rápida. (Consulte la Sección 10 de este capítulo para obtener información sobre las quejas). Lo llamaremos tan pronto como tomemos la decisión.
- **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 su solicitud.

**Paso 4: Si rechazamos su solicitud de cobertura para atención médica, puede presentar una apelación.**

- Si rechazamos su solicitud, usted tiene derecho a pedirnos reconsiderar la decisión mediante la presentación de una apelación. Esto significa hacer otro intento para obtener la cobertura de atención médica que quiere. Si presenta una apelación, significa que está avanzando al Nivel 1 del proceso de apelaciones.

### Sección 5.3 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1

#### Términos legales

Una apelación al plan acerca de una decisión de cobertura sobre atención médica se denomina **reconsideración** del plan.

Una apelación rápida también se denomina **reconsideración acelerada**.

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

Por lo general, se presenta una apelación estándar en un plazo de 30 días calendario o 7 días calendario para los medicamentos de la Parte B. Generalmente, una apelación rápida se realiza dentro de las 72 horas.

## Capítulo 9 Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

---

- Si está apelando una decisión que tomamos sobre la cobertura de una atención médica que todavía no ha recibido, usted o su médico deberán decidir si necesita una apelación rápida. Si su médico nos dice que su salud requiere una apelación rápida, le daremos una apelación rápida.
- Los requisitos para obtener una apelación rápida son los mismos que para obtener una decisión de cobertura rápida que aparecen en la Sección 5.2 de este capítulo.

### **Paso 2: Solicitar a nuestro plan una apelación o una apelación rápida**

- **Si solicita una apelación estándar, envíe su apelación estándar por escrito.** También puede solicitar una apelación llamándonos. El Capítulo 2 contiene información de contacto.
- **Si solicita una apelación rápida, presente su apelación por escrito o llámenos.** El Capítulo 2 contiene información de contacto.
- **Debe realizar su solicitud de apelación en el plazo de 60 días calendario** a partir de la fecha que figura en el aviso escrito que le enviamos para comunicarle nuestra respuesta a la decisión de cobertura. Si se vence este plazo y tiene una buena razón para haberlo dejado vencer, explique la razón por la cual se demoró su apelación cuando la presente. Es posible que le demos más tiempo para presentar su apelación. Ejemplos de una causa justificada pueden incluir una enfermedad muy grave que le impidió contactarnos o si le brindamos información incorrecta o incompleta sobre el plazo para solicitar una apelación.
- **Puede pedir una copia de la información sobre su decisión médica. Usted y su médico pueden agregar información adicional para sustentar su apelación.**

### **Paso 3: Evaluamos su apelación y le damos una respuesta.**

- Cuando nuestro plan revisa su apelación, hacemos una revisión cuidadosa de toda la información. Verificamos si seguimos todas las normas cuando rechazamos su solicitud.
- Recopilaremos más información si la necesitamos, posiblemente contactándonos con usted o su médico.

### ***Plazos para una apelación rápida***

- En el caso de las apelaciones rápidas, debemos darle una respuesta **en un plazo de 72 horas después de recibida su apelación**. Le daremos la respuesta antes si su salud así lo exige.
  - **No obstante**, si solicita más tiempo o si necesitamos recabar más información que podría beneficiarlo, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales** si está solicitando un producto o servicio médico. Si nos tomamos días adicionales, se lo notificaremos por escrito. No podemos tomar tiempo adicional si está solicitando un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.

## Capítulo 9 Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

---

- Si no le damos una respuesta en 72 horas (o al final de la extensión del plazo, en caso de que tomemos días adicionales), estamos obligados a enviar automáticamente su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, en el que será revisada por una organización de revisión independiente. La Sección 5.4 explica el Nivel 2 del proceso de apelación.
- **Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, debemos autorizar o brindar la cobertura que aceptamos proporcionar en un plazo de 72 horas después de recibida su apelación.
- **Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos nuestra decisión por escrito y automáticamente enviaremos su apelación a la organización de revisión independiente para una apelación de Nivel 2. La organización de revisión independiente le notificará por escrito cuando reciba su apelación.

### *Plazos para una apelación estándar*

- En el caso de las apelaciones estándar, debemos darle una respuesta **en un plazo de 30 días calendario** después de haber recibido su apelación. Si está solicitando un medicamento con receta de la Parte B de Medicare que todavía no ha recibido, le daremos una respuesta **en un plazo de 7 días calendario** después de recibida su apelación. Le informaremos nuestra decisión antes si su salud así lo exige.
  - **No obstante**, si solicita más tiempo o si necesitamos recabar más información que podría beneficiarlo, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales** si está solicitando un producto o servicio médico. Si nos tomamos días adicionales, se lo notificaremos por escrito. No podemos tomar tiempo adicional para tomar una decisión si está solicitando un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.
  - Si considera que *no* deberíamos tomar días adicionales, puede presentar una queja rápida. Cuando presenta una queja rápida, le damos una respuesta en un plazo de 24 horas. (Consulte la Sección 10 de este capítulo para obtener información sobre las quejas).
  - Si no le damos una respuesta para el plazo indicado (o al final de la extensión de tiempo), le enviaremos su solicitud a una apelación del Nivel 2, en el que será revisada por una organización de revisión independiente. La Sección 5.4 explica el Nivel 2 del proceso de apelación.
- **Si aceptamos parte o a la totalidad de lo que solicitó**, debemos autorizar o brindar la cobertura en un plazo de 30 días calendario si está solicitando un producto o servicio médico, o **en un plazo de 7 días calendario** si está solicitando un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.
- **Si nuestro plan rechaza una parte o la totalidad de su apelación**, automáticamente enviaremos su apelación a la organización de revisión independiente para una apelación de Nivel 2.

**Capítulo 9 Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)****Sección 5.4 Paso a paso: Cómo se realiza una apelación de Nivel 2****Término legal**

El nombre formal para la organización de revisión independiente es **Entidad de revisión independiente**. A veces se la denomina **IRE**.

**La organización de revisión independiente es una organización independiente que contrata Medicare.** No está relacionada con nosotros y no es una agencia gubernamental. Esta organización determina si la decisión que tomamos es correcta o debe ser cambiada. Medicare supervisa su trabajo.

**Paso 1: La organización de revisión independiente revisa su apelación.**

- Le enviaremos a esta organización la información sobre su apelación. A esta información se la denomina su **archivo de caso**. **Usted tiene derecho a solicitarnos una copia de su archivo de caso.**
- Usted tiene derecho a proporcionarle a la organización de revisión independiente información adicional para sustentar su apelación.
- Los revisores de la organización de revisión independiente analizarán cuidadosamente toda la información relacionada con su apelación.

*Si se le concedió una apelación rápida en el Nivel 1, también se le concederá una apelación rápida en el Nivel 2.*

- En el caso de la apelación rápida, la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 72 horas** después de haber recibido su apelación.
- Sin embargo, si está solicitando un producto o servicio médico y la organización de revisión independiente necesita recabar más información que pudiera beneficiarlo, **puede tomar hasta 14 días calendario adicionales.** La organización de revisión independiente no puede tomar tiempo adicional para tomar una decisión si está solicitando un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.

*Si se le concedió una apelación estándar en el Nivel 1, también se le concederá una apelación estándar en el Nivel 2.*

- En el caso de la apelación estándar, si está solicitando un producto o servicio médico, la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **dentro de los 30 días calendario** de haber recibido su apelación. Si está solicitando un medicamento con receta de la Parte B de Medicare, la organización de revisión debe comunicarle la respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 7 días calendario** después de recibir su apelación.

## Capítulo 9 Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

---

- Sin embargo, si está solicitando un producto o servicio médico y la organización de revisión independiente necesita recabar más información que pudiera beneficiarlo, **puede tomar hasta 14 días calendario adicionales**. La organización de revisión independiente no puede tomar tiempo adicional para tomar una decisión si está solicitando un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.

### **Paso 2: La organización de revisión independiente le da su respuesta.**

La organización de revisión independiente le comunicará su decisión por escrito y los motivos que la fundamentan.

- **Si la organización de revisión acepta una parte o la totalidad de una solicitud de producto o servicio médico**, debemos autorizar la cobertura de la atención médica en el plazo de 72 horas o proporcionar el servicio en el plazo de 14 días calendario de recibida la decisión de la organización de revisión para 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 una solicitud de medicamentos con receta de la Parte B de Medicare**, debemos autorizar o proporcionar el medicamento con receta de la Parte B en un plazo de **72 horas** después de recibida la decisión de la organización de revisión para 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 una parte o la totalidad de su apelación**, significa que están de acuerdo con nosotros en que su solicitud (o parte de ella) para la cobertura de atención médica no se debe autorizar. (Esto se llama **confirmar la decisión o rechazar su apelación**). En este caso, la organización de revisión independiente le enviará una carta para lo siguiente:
  - Explique su decisión.
  - Notificarle sobre el derecho a una apelación de Nivel 3 si el valor en dólares de la cobertura de atención médica alcanza cierto mínimo. El aviso por escrito que recibe de la organización de revisión independiente le indicará el monto en dólares que debe alcanzar para continuar con el proceso de apelaciones.
  - Explicarle cómo presentar una apelación de Nivel 3.

### **Paso 3: Si su caso reúne los requisitos, puede elegir si desea continuar con su apelación.**

- Hay otros tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (el total es de cinco niveles de apelación). Si desea continuar con una apelación de Nivel 3, los detalles de cómo hacer esto están en el aviso por escrito que recibe después de la apelación de Nivel 2.

## Capítulo 9 Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

---

- Un juez administrativo o un abogado mediador gestiona la apelación de Nivel 3. La Sección 9 de este capítulo explica los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

<b>Sección 5.5</b>	<b>¿Qué sucede si nos está pidiendo que le paguemos nuestra parte de una factura que ha recibido por concepto de atención médica?</b>
--------------------	---

En el Capítulo 7, se describe cuándo es posible que deba solicitar un reembolso o el pago de una factura que le envió un proveedor. También le dice cómo enviarnos la documentación que nos solicita el pago.

### La solicitud de reembolso implica una decisión de cobertura de parte nuestra

Si nos envía la documentación correspondiente para solicitar un reembolso, nos está pidiendo que tomemos una decisión de cobertura. Para tomar esta decisión, comprobaremos si la atención médica que pagó está cubierta. También comprobaremos si ha seguido todas las normas para el uso de su cobertura de atención médica.

- **Si aceptamos su solicitud:** Si la atención médica tiene cobertura y siguió todas las normas, le enviaremos el pago de la parte que nos corresponde del costo en un plazo normalmente dentro de los 30 días calendario, pero a más tardar 60 días calendario después de que recibamos su solicitud. Si aún no ha pagado por la atención médica, le enviaremos el pago directamente al proveedor.
- **Si rechazamos su solicitud:** Si la atención médica *no* está cubierta, o usted *no* siguió todas las normas, no enviaremos el pago. En su lugar, le enviaremos una carta en la que se le informa que no pagaremos la atención médica y las razones.

Si no está de acuerdo con nuestra decisión de rechazar su solicitud, **puede presentar una apelación**. Si presenta una apelación, nos está solicitando que modifiquemos una decisión de cobertura que tomamos cuando rechazamos su solicitud de pago.

### Para hacer esta apelación, siga el proceso de apelación que se describe en la Sección 5.3.

En el caso de apelaciones relacionadas con un reembolso, tenga en cuenta lo siguiente:

- Debemos darle una respuesta en un plazo de 60 días calendario después de haber recibido su apelación. Si nos solicita reembolsarle la atención médica que ya ha recibido y pagado, no se le permite solicitar una apelación rápida.
- Si la organización de revisión independiente decide que debemos pagar, debemos enviarle a usted o al proveedor el pago dentro de los 30 días calendario. Si aceptamos su apelación en cualquier etapa del proceso de apelaciones después del Nivel 2, debemos enviarle el pago que solicitó a usted o al proveedor en un plazo de 60 días calendario.

## Capítulo 9 Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

### SECCIÓN 6 Medicamentos con receta de la Parte D: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación

**Sección 6.1** Esta sección le indica qué hacer si tiene problemas para recibir un medicamento de la Parte D o si quiere que le reembolsemos un medicamento de la Parte D

Los beneficios incluyen la cobertura para muchos medicamentos con receta. Para estar cubierto, su medicamento debe ser utilizado para una indicación médicamente aceptada. (Para obtener información sobre una indicación médicamente aceptada, consulte el Capítulo 5). Para obtener detalles sobre los medicamentos, las normas, las restricciones y los costos de la Parte D, consulte los Capítulos 5 y 6. **En esta sección se tratan solamente sus medicamentos de la Parte D.** Para simplificar las cosas, en general, hablaremos de *medicamento* en el resto de esta sección en lugar de repetir cada vez las expresiones *medicamento con receta cubierto para pacientes externos* o *medicamento de la Parte D*. También usamos 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 preguntarnos. Algunos medicamentos requieren que obtenga nuestra aprobación antes de que los cubramos.
- Si su farmacia le dice que su receta no puede presentarse como está escrita, la farmacia le dará un aviso por escrito en el que se explica cómo comunicarse con nosotros para solicitar una decisión de cobertura.

#### Decisiones y apelaciones de cobertura de la Parte D

##### Término legal

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

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos con respecto a sus beneficios y la cobertura o con relación al monto que pagaremos por los medicamentos. Esta sección le indica lo que puede hacer si se encuentra en cualquiera de las situaciones siguientes:

- Solicitar que cubramos un medicamento de la Parte D que no figura en la *Lista de medicamentos cubiertos* del plan. **Solicitar una excepción. Sección 6.2**
- Pedirnos que no apliquemos una restricción a la cobertura del plan para un medicamento (como límites en la cantidad de medicamento que puede obtener, autorizaciones previas o el requisito de probar primero otro medicamento). **Solicitar una excepción. Sección 6.2**

## Capítulo 9 Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- Solicitar una aprobación previa para un medicamento. **Solicitar una decisión de cobertura. Sección 6.4**
- Pagar por un medicamento con receta que ya ha comprado. **Pedirnos un reembolso. Sección 6.4**

Si no está de acuerdo con una decisión de cobertura que hayamos tomado, puede apelar nuestra decisión.

Esta sección le indica cómo pedir decisiones de cobertura y cómo solicitar una apelación.

### Sección 6.2 ¿Qué es una excepción?

#### Términos legales

Pedir cobertura para un medicamento que no está en la Lista de medicamentos se denomina, en ocasiones, **excepción al formulario**.

Pedir la eliminación de una restricción de cobertura para un medicamento se denomina, en ocasiones, **excepción al formulario**.

Pedir pagar un precio inferior por un medicamento no preferido cubierto se denomina, en ocasiones, pedir una **excepción de nivel**.

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

Para que consideremos su solicitud de excepción, su médico o la persona autorizada a dar recetas tendrán que explicar las razones médicas por las que necesita que se apruebe la excepción. Estos son dos ejemplos de excepciones que usted, su médico o la persona autorizada a dar recetas pueden pedirnos que hagamos:

1. **Cubrir un medicamento de la Parte D para usted que no figura en nuestra Lista de medicamentos.** Si aceptamos cubrir un medicamento que no figura en la Lista de medicamentos, deberá pagar el costo compartido que se aplica a todos nuestros medicamentos. No puede solicitar que hagamos una excepción respecto del monto de costo compartido que usted debe pagar por el medicamento.
2. **Eliminar una restricción de un medicamento cubierto.** El Capítulo 5 describe las normas o restricciones adicionales que se aplican a ciertos medicamentos en nuestra Lista de Medicamentos.

**Capítulo 9 Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)****Sección 6.3 Aspectos importantes que debe saber acerca de pedir excepciones****Su médico debe explicarnos las razones médicas**

Su médico o la persona autorizada a dar recetas deben darnos una declaración que explique las razones médicas para solicitar una excepción. Para que tomemos la decisión más rápido, incluya esta información médica de su médico o de la persona autorizada a dar recetas cuando pida la excepción.

Generalmente, la Lista de medicamentos incluye más de un medicamento para tratar una afección en particular. Estas posibilidades diferentes se denominan medicamentos **alternativos**. Si un medicamento alternativo da el mismo resultado que el medicamento que está solicitando y no produce más efectos secundarios ni otros problemas de salud, en general no aprobaremos su solicitud de una excepción.

**Podemos aceptar o rechazar su solicitud**

- Si aprobamos su solicitud de una excepción, nuestra aprobación normalmente es válida hasta el final del año del plan. Y será válida mientras su médico siga recetándole el medicamento y mientras ese medicamento siga siendo seguro y eficaz para tratar su afección.
- Si rechazamos su solicitud, puede pedir otra revisión mediante la presentación de una apelación.

**Sección 6.4 Paso a paso: Cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción****Término legal**

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

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

Las **decisiones estándar de cobertura** se toman en un plazo de **72 horas** después de recibida la declaración de su médico. Las **decisiones rápidas de cobertura** se toman en un plazo de **24 horas** después de recibida la declaración de su médico.

***Si su salud lo requiere, pídanos que tomemos una decisión de cobertura rápida. Para obtener una decisión de cobertura rápida, debe cumplir dos requisitos:***

- Debe estar pidiendo un medicamento que aún no ha recibido. (No puede solicitar una decisión de cobertura rápida para que le reembolsemos el costo de un medicamento que ya compró).

## Capítulo 9 Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

---

- El hecho de usar los plazos estándares podría afectarle de forma grave o perjudicar su capacidad física.
- **Si su médico o la persona autorizada a dar recetas nos indican que su salud requiere una decisión de cobertura rápida, le daremos automáticamente una decisión de cobertura rápida.**
- **Si solicita una decisión de cobertura rápida por su cuenta, sin el respaldo de su médico ni de otra persona autorizada a dar recetas, decidiremos si su salud requiere que tomemos una decisión de cobertura rápida.** Si no aprobamos una decisión de cobertura rápida, le enviaremos una carta en la que se indique lo siguiente:
  - Que usaremos los plazos estándar.
  - Explica que si su médico u otra persona autorizada a dar recetas pide la decisión de cobertura rápida, automáticamente se la proporcionaremos.
  - Le indica cómo puede presentar una queja rápida sobre nuestra decisión de proporcionarle una decisión de cobertura estándar en lugar de la decisión de cobertura rápida que solicitó. Responderemos a su queja en un plazo de 24 horas desde su recepción.

### **Paso 2: Solicitar una decisión de cobertura estándar o una decisión de cobertura rápida.**

Comience por llamar, escribir o enviar un fax a nuestro plan para solicitarnos que autoricemos o brindemos cobertura para la atención médica que desea. También puede acceder al proceso de decisiones de cobertura a través de nuestro sitio web. Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito, incluida una solicitud enviada en el *Formulario de solicitud para la determinación de cobertura modelo de los CMS*, el cual está disponible en nuestro sitio web [www.RiverSpringHealthPlans.org](http://www.RiverSpringHealthPlans.org). El Capítulo 2 contiene información de contacto. Para ayudarnos a procesar su solicitud, asegúrese de incluir su nombre, información de contacto e información que identifica la reclamación denegada está siendo apelada.

Usted, su médico (u otra persona autorizada a dar recetas) o su representante pueden hacer esto. También puede contratar a un abogado para que actúe en su nombre. La Sección 4 de este capítulo le indica cómo puede darle permiso por escrito a alguien para que actúe como su representante.

- **Si solicita que se haga una excepción, proporcione la declaración de respaldo**, que es el motivo médico de la excepción. Su médico o la persona autorizada a dar recetas pueden enviarnos la declaración por fax o correo. O su médico o la persona autorizada a dar recetas pueden llamarnos por teléfono y hacer un seguimiento mediante el envío de la declaración escrita, ya sea por fax o por correo, si fuera necesario.

## Capítulo 9 Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

---

### **Paso 3: Consideramos su solicitud y le damos una respuesta.**

#### *Plazos para una decisión de cobertura rápida*

- En general, debemos darle una respuesta **en un plazo de 24 horas** después de recibida su solicitud.
  - En el caso de las excepciones, le daremos una respuesta en un plazo de 24 horas después de recibida la declaración de respaldo de su médico de su solicitud. Le daremos la respuesta antes si su salud así lo exige.
  - Si no cumplimos con este plazo, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una organización de revisión independiente.
- **Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, debemos brindar la cobertura que aceptamos proporcionar en un plazo de 24 horas después de recibida su solicitud o la declaración del médico que respalda 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 su solicitud. Además, le diremos cómo puede apelar nuestra decisión.

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

- En general, debemos darle una respuesta **en un plazo de 72 horas** después de recibida su solicitud.
  - En el caso de las excepciones, le daremos una respuesta en un plazo de 72 horas después de recibida la declaración de respaldo de su médico de su solicitud. Le daremos la respuesta antes si su salud así lo exige.
  - Si no cumplimos con este plazo, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una organización de revisión independiente.
- **Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, debemos **brindar la cobertura** que aceptamos proporcionar **en un plazo de 72 horas** después de recibida su solicitud o la declaración del médico que respalda 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 su solicitud. Además, le diremos cómo puede apelar nuestra decisión.

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

- Debemos darle una respuesta **en un plazo de 14 días calendario** después de haber recibido su solicitud.
  - Si no cumplimos con este plazo, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una organización de revisión independiente.

## Capítulo 9 Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que solicitó, también debemos pagarle en un plazo de 14 días calendario después de haber recibido 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 su solicitud. Además, le diremos cómo puede apelar nuestra decisión.

### **Paso 4: Si rechazamos su solicitud de cobertura, puede presentar una apelación.**

- Si rechazamos su solicitud, usted tiene derecho a pedirnos reconsiderar la decisión mediante la presentación de una apelación. Esto significa hacer otro intento para obtener la cobertura de medicamento que quiere. Si presenta una apelación, significa que está avanzando al Nivel 1 del proceso de apelaciones.

### **Sección 6.5 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1**

#### **Términos legales**

Una apelación al plan sobre una decisión de cobertura de un medicamento de la Parte D se llama **redeterminación**.

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

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

*Generalmente, una apelación estándar se realiza dentro de los 7 días calendario.*

*Generalmente, una apelación rápida se realiza dentro de las 72 horas. Si su salud lo requiere, pídanos una apelación rápida.*

- Si va a apelar una decisión tomada por nosotros acerca de un medicamento que aún no ha recibido, usted y su médico o la persona autorizada a dar recetas tendrán que decidir si necesita una apelación rápida.
- Los requisitos para obtener una apelación rápida son los mismos que para obtener una decisión de cobertura rápida que aparecen en la Sección 6.4 de este capítulo.

**Paso 2: Usted, su representante, su médico u otra persona autorizada a dar recetas debe contactarse con nosotros y presentar una apelación de Nivel 1.** Si su salud exige una respuesta rápida, debe solicitar una **apelación rápida**.

- **En el caso de las apelaciones estándar, envíe una solicitud por escrito.** El Capítulo 2 contiene información de contacto.
- **En el caso de las apelaciones rápidas, envíe su apelación por escrito o llámenos al 1-800-580-7000.** El Capítulo 2 contiene información de contacto.

## Capítulo 9 Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

---

- **Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito**, incluida una solicitud enviada en el *formulario de solicitud de redeterminación modelo de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS)*, que está disponible en nuestro sitio web [www.RiverSpringHealthPlans.org](http://www.RiverSpringHealthPlans.org). Asegúrese de incluir su nombre, la información de contacto y la información sobre su reclamación para ayudarnos a procesar su solicitud.
- **Debe realizar su solicitud de apelación en el plazo de 65 días calendario** a partir de la fecha que figura en el aviso escrito que le enviamos para comunicarle nuestra respuesta a la decisión de cobertura. Si se vence este plazo y tiene una buena razón para haberlo dejado vencer, explique la razón por la cual se demoró su apelación cuando la presente. Es posible que le demos más tiempo para presentar su apelación. Ejemplos de una causa justificada pueden incluir una enfermedad muy grave que le impidió contactarnos o si le brindamos información incorrecta o incompleta sobre el plazo para solicitar una apelación.
- **Puede pedir una copia de la información de su apelación y añadir más información.** Usted y su médico pueden agregar información adicional para sustentar su apelación. Tenemos permitido cobrarle un cargo por la copia y el envío de esta información.

### **Paso 3: Evaluamos su apelación y le damos una respuesta.**

- Cuando nuestro plan revisa su apelación, hacemos otra revisión cuidadosa de toda la información sobre su solicitud de cobertura. Verificamos si seguimos todas las normas cuando rechazamos su solicitud. Es posible que nos comuniquemos con su médico o la persona autorizada a dar recetas para obtener más información.

#### ***Plazos para una apelación rápida***

- En el caso de las apelaciones rápidas, debemos darle una respuesta **en un plazo de 72 horas después de recibida su apelación**. Le daremos la respuesta antes si su salud así lo exige.
  - Si no le damos una respuesta en el plazo de 72 horas, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una organización de revisión independiente. La Sección 6.6 explica el Nivel 2 del proceso de apelación.
- **Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, debemos brindar la cobertura que aceptamos proporcionar en un plazo de 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 su solicitud y cómo puede apelar nuestra decisión.

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

- En el caso de las apelaciones estándar, debemos darle una respuesta **en un plazo de 7 días calendario** después de haber recibido su apelación. Le comunicaremos nuestra decisión antes si aún no ha recibido el medicamento y su estado de salud así lo exige.

## Capítulo 9 Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- Si no le comunicamos nuestra decisión en el plazo de 7 días calendario, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una organización de revisión independiente. La Sección 6.6 explica el Nivel 2 del proceso de apelación.
- **Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, debemos brindar la cobertura tan rápido como lo requiera su salud, pero nunca después de **7 días calendario** 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 su solicitud y cómo puede apelar nuestra decisión.

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

- Debemos darle una respuesta **en un plazo de 14 días calendario** después de haber recibido su solicitud.
  - Si no cumplimos con este plazo, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una organización de revisión independiente.
- **Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, también debemos pagarle en un plazo de **30 días calendario** después de haber recibido 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 su solicitud. Además, le diremos cómo puede apelar nuestra decisión.

### **Paso 4: Si rechazamos su apelación, usted decidirá si quiere continuar con el procedimiento de apelaciones y presentar otra apelación.**

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

<b>Sección 6.6</b>	<b>Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 2</b>
--------------------	---

<b>Término legal</b>
----------------------

El nombre formal para la organización de revisión independiente es <b>Entidad de revisión independiente</b> . A veces se la denomina <b>IRE</b> .
---

**La organización de revisión independiente es una organización independiente que contrata Medicare.** No está relacionada con nosotros y no es una agencia gubernamental. Esta organización determina si la decisión que tomamos es correcta o debe ser cambiada. Medicare supervisa su trabajo.

## Capítulo 9 Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

---

**Paso 1: Usted (o su representante, médico u otra persona autorizada a dar recetas) debe comunicarse con la organización de revisión independiente y pedir una revisión de su caso.**

- Si rechazamos su apelación del Nivel 1, el aviso escrito que le enviaremos incluirá **instrucciones para presentar una apelación del Nivel 2** ante la organización de revisión independiente. Estas instrucciones le indicarán quién puede presentar esta apelación de Nivel 2, qué plazos deberá respetar 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 **de riesgo** según nuestro programa de administración de medicamentos, enviaremos automáticamente su reclamación a la IRE.
- Le enviaremos a esta organización la información sobre su apelación. A esta información se la denomina su **archivo de caso**. **Usted tiene derecho a solicitarnos una copia de su archivo de caso**. Tenemos permitido cobrarle un cargo por la copia y el envío de esta información.
- Usted tiene derecho a proporcionarle a la organización de revisión independiente información adicional para sustentar 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.

### *Plazos para una apelación rápida*

- Si su salud lo requiere, pida a la organización de revisión independiente una apelación rápida.
- Si la organización acepta darle una apelación rápida, dicha organización debe comunicarle su respuesta a la apelación de Nivel 2 **en un plazo de 72 horas** después de recibir su solicitud de apelación.

### *Plazos para una apelación estándar*

- En el caso de las apelaciones estándar, la organización de revisión debe comunicarle su respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 7 días calendario** después de recibir su apelación si es por un medicamento que aún no ha recibido. Si solicita que le reembolsemos un medicamento que ya compró, la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 14 días calendario** después de haber recibido su solicitud.

## Capítulo 9 Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

---

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

#### *En el caso de las apelaciones rápidas:*

- Si la organización de revisión independiente acepta una parte o la totalidad de lo que solicitó, debemos brindar la cobertura para medicamentos que aprobó la organización de revisión en un plazo de 24 horas después de recibida la decisión de parte de dicha organización.

#### *En el caso de las apelaciones estándar:*

- Si la organización de revisión independiente acepta una parte o la totalidad de su solicitud de cobertura, debemos brindar la cobertura para medicamentos que aprobó la organización de revisión en un plazo de 72 horas después de recibida la decisión de parte de dicha organización.
- Si la organización de revisión independiente acepta parte o la totalidad de su solicitud de reembolso del costo de un medicamento que ya compró, debemos enviarle el pago en un plazo de 30 días calendario después de recibida la decisión de parte de dicha organización.

### **¿Qué sucede si la organización de revisión rechaza su apelación?**

Si esta organización rechaza una parte o la totalidad de su apelación, significa que están de acuerdo con nuestra decisión de no aprobar la solicitud (o parte de ella). (Esto se llama **confirmar la decisión**. También se denomina **rechazar su apelación**). En este caso, la organización de revisión independiente le enviará una carta para lo siguiente:

- Explique su decisión.
- Notificarle sobre el derecho a una apelación de Nivel 3 si el valor en dólares de la cobertura de medicamentos que solicita alcanza cierto mínimo. Si el valor en dólares de la cobertura para medicamentos que está solicitando es demasiado bajo, no puede presentar otra apelación y la decisión del Nivel 2 es final.
- Le indicará el valor en dólares que debe estar en disputa para continuar con el proceso de apelaciones.

### **Paso 4: Si su caso reúne los requisitos, puede elegir si desea continuar con su apelación.**

- Hay otros tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (el total es de cinco niveles de apelación).
- Si desea continuar con una apelación de Nivel 3, los detalles de cómo hacer esto están en el aviso por escrito que recibe después de la decisión de su apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 es manejada por un juez administrativo o un mediador. La Sección 9 de este capítulo explica más acerca de los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

**Capítulo 9 Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)**

---

**SECCIÓN 7      Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada si usted considera que está siendo dado de alta demasiado pronto**

---

Cuando se lo ingresa en un hospital, tiene derecho a obtener todos los servicios hospitalarios cubiertos que sean necesarios para el diagnóstico y tratamiento de su enfermedad o lesión.

Durante su hospitalización cubierta, su médico y el personal del hospital colaborarán con usted para prepararlo para el día en que le den el alta. Ayudarán a coordinar la atención que pueda necesitar cuando se vaya.

- El día que deja el hospital es la **fecha del alta**.
- Cuando se haya decidido la fecha del alta, su médico o el hospital se lo comunicarán.
- Si cree que le están pidiendo que deje el hospital demasiado pronto, puede pedir una hospitalización más prolongada y se considerará su solicitud.

<b>Sección 7.1      Durante la hospitalización, recibirá un aviso por escrito de Medicare, donde se le explicarán sus derechos</b>
--

Dentro de los dos días calendario de su ingreso al hospital, recibirá un aviso por escrito denominado *Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos (An Important Message from Medicare about Your Rights)*. Todas las personas que tienen Medicare reciben una copia de este aviso. Si no recibe el aviso de alguien en el hospital (por ejemplo, un asistente social o una enfermera), solicítelo a cualquier empleado del hospital. Si necesita ayuda, llame a Servicios para Miembros o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana (TTY 1-877-486-2048).

**1. Lea atentamente este aviso y consulte cualquier duda que tenga.** Dice lo siguiente:

- 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 en cualquier decisión 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 darlo de alta si considera que está siendo dado de alta del hospital demasiado pronto. Esta es una manera legal y formal de pedir un retraso en la fecha de su alta para que su atención hospitalaria esté cubierta más tiempo.

**Capítulo 9 Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)**

2. **Se le pedirá que firme el aviso por escrito para demostrar que lo recibió y que comprende sus derechos.**
  - Se le pedirá que firme el aviso a usted o a alguien que actúe en su nombre.
  - Firmar el aviso *solo* demuestra que ha recibido la información sobre sus derechos. El aviso no le informa sobre su fecha del alta. Firmar el aviso **no significa** que esté de acuerdo con la fecha del alta.
3. **Guarde la copia** del aviso para tener a mano la información sobre cómo presentar una apelación (o comunicar alguna inquietud sobre la calidad de la atención) en caso de que la necesite.
  - Si firma el aviso más de dos días calendario antes de su fecha de alta, recibirá otra copia antes de que esté programado que le den el alta.
  - Para consultar una copia de este aviso por adelantado, puede llamar a Servicios para Miembros o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, 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](http://www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices).

<b>Sección 7.2</b>	<b>Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para cambiar la fecha de alta del hospital</b>
--------------------	--

Si desea pedir que los servicios hospitalarios para pacientes internados estén cubiertos por nosotros durante un tiempo más prolongado, tendrá que usar el proceso de apelaciones para presentar esta solicitud. Antes de empezar, comprenda lo que debe hacer y los plazos.

- **Siga el proceso.**
- **Cumpla con los plazos.**
- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, llame a Servicios para Miembros. O llame al Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud, una organización del gobierno que ofrece 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 apropiada para usted.

La **Organización para la mejora de la calidad** es un grupo de médicos y otros profesionales de atención médica a los que el gobierno federal les paga por evaluar y ayudar a mejorar la calidad de la atención que se brinda a las personas con Medicare. Esto incluye revisar las fechas del alta del hospital para las personas que tienen Medicare. Estos expertos no forman parte de nuestro plan.

## Capítulo 9 Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

---

### **Paso 1: Comuníquese con la Organización para la mejora de la calidad de su estado y pida una revisión inmediata de su alta del hospital. Debe actuar rápido.**

#### *¿Cómo puede comunicarse con esta organización?*

- El aviso por escrito que recibió (*Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos*) le explica cómo puede comunicarse con esta organización. O busque el nombre, la dirección y el teléfono de la Organización para la mejora de la calidad de su estado en el Capítulo 2.

#### *Actúe rápido:*

- Para presentar la apelación, debe comunicarse con la Organización para la mejora de la calidad *antes* de que se vaya del hospital y **no después de la medianoche el día de su alta.**
  - **Si usted cumple con este plazo**, es posible que pueda permanecer en el hospital *después* de la fecha del alta *sin que deba pagar por ello* mientras espera la decisión de la Organización para la mejora de la calidad.
  - **Si no cumple con este plazo** y decide quedarse en el hospital después de la fecha prevista del alta, *es posible que deba pagar todos los costos* correspondientes a la atención hospitalaria que reciba después de la fecha prevista del alta.

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 después en que se nos contacte, le daremos un **Aviso detallado del alta**. Este aviso le indica su fecha prevista del alta y le indica su fecha prevista del alta y le explica en detalle las razones por las que su médico, el hospital y nosotros pensamos que es adecuado (médicamente apropiado) que reciba el alta en esa fecha.

Para obtener una muestra del **Aviso detallado del alta**, puede llamar a Servicios para Miembros o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. (Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048). O bien, puede ver un aviso de muestra en Internet en [www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices](http://www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices).

### **Paso 2: La Organización para la mejora de la calidad realiza una revisión independiente de su caso.**

- Los profesionales de la salud de la Organización para la mejora de la calidad (los *revisores*) le preguntarán a usted (o a su representante) por qué cree que debería continuar la cobertura de los servicios. No tiene que preparar nada por escrito, pero puede hacerlo si así lo desea.
- Los revisores también consultarán su información médica, hablarán con su médico y revisarán la información que el hospital y nosotros les hemos dado.

## Capítulo 9 Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

---

- Antes del mediodía del día después de que los revisores nos informen de su apelación, recibirá un aviso por escrito de nosotros que le dará su fecha de alta planificada. Este aviso también explica en detalle las razones por las que su médico, el hospital y nosotros pensamos que es adecuado (médicamente apropiado) que reciba el alta en esa fecha.

**Paso 3:** En un plazo de un día completo después de tener toda la información necesaria, la Organización para la mejora de la calidad le dará la respuesta a su apelación.

### *¿Qué sucede si la aceptan?*

- Si la organización de revisión *acepta*, **debemos seguir brindándole servicios hospitalarios para pacientes internados cubiertos durante el tiempo que sean médicamente necesarios.**
- Usted tendrá que seguir pagando la parte que le corresponde de los costos (como deducibles o copagos, si corresponden). Además, es posible que haya limitaciones en sus servicios hospitalarios cubiertos.

### *¿Qué sucede si la rechazan?*

- Si la organización de revisión *rechaza* su apelación, significa que la fecha prevista del alta es médicamente apropiada. En caso de que esto suceda, **nuestra cobertura para los servicios hospitalarios para pacientes internados finalizará** al mediodía del día *posterior* al día en que la Organización para la mejora de la calidad le dé su respuesta a la 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 a que la Organización para la mejora de la calidad le brinde su respuesta a la apelación.

**Paso 4:** Si rechazan su apelación de Nivel 1, usted decide si quiere presentar otra apelación.

- Si la Organización para la mejora de la calidad *rechazó* su apelación y usted permanece en el hospital después de la fecha prevista del alta, puede presentar otra apelación. Presentar otra apelación significa que pasa al **Nivel 2** del proceso de apelaciones.

### **Sección 7.3**

### **Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para cambiar la fecha del alta del hospital**

Durante una apelación de Nivel 2, usted le pide a la Organización para la mejora de la calidad que revise de nuevo la decisión que tomaron en su primera apelación. Si la Organización para la mejora de la calidad rechaza su apelación de Nivel 2, deberá pagar el costo total de la hospitalización con posterioridad a la fecha prevista del alta.

## Capítulo 9 Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

---

### **Paso 1: Usted se pone en contacto con la Organización para la mejora de la calidad de nuevo para pedir otra revisión.**

- Debe pedir esta revisión **en un plazo de 60 días calendario** después del día en que la Organización para la mejora de la calidad *rechazó* su apelación de Nivel 1. Puede pedir esta revisión solo si permanece en el hospital después de la fecha en la que finalizó su cobertura de atención médica.

### **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 harán otra revisión cuidadosa de toda la información relacionada con su apelación.

### **Paso 3: Los revisores decidirán, en un plazo de 14 días calendario después de recibir su solicitud para una apelación de Nivel 2, sobre su apelación y le informarán su decisión.**

#### *Si la organización de revisión la acepta:*

- **Debemos reembolsarle** la parte que nos corresponde de los costos de la atención hospitalaria que recibió desde el mediodía del día después de la fecha de rechazo de su primera apelación por parte de la Organización para la mejora de la calidad. **Debemos seguir brindando cobertura para su atención hospitalaria para pacientes internados durante el tiempo que sea médicamente necesaria.**
- Usted tendrá que seguir pagando la parte que le corresponde de los costos, y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura.

#### *Si la organización de revisión la rechaza:*

- Significa que están de acuerdo con la decisión que tomaron para su apelación de Nivel 1. Esto se llama confirmar la decisión.
- En el aviso que recibirá, se le explicará por escrito qué puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión.

### **Paso 4: Si la rechazan, tendrá que decidir si quiere continuar con la apelación y presentar una apelación de Nivel 3.**

- Hay otros tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (el total es de cinco niveles de apelación). Si desea continuar con una apelación de Nivel 3, los detalles de cómo hacer esto están en el aviso por escrito que recibe después de la decisión de su apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 es manejada por un juez administrativo o un mediador. La Sección 9 de este capítulo explica más acerca de los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

## Capítulo 9 Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

### SECCIÓN 8 Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo algunos servicios médicos si siente que su cobertura está terminando demasiado pronto.

**Sección 8.1** *Esta sección trata solo acerca de tres servicios: Servicios de atención médica a domicilio, en un centro de atención de enfermería especializada y en un centro de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF)*

Cuando está recibiendo **servicios de salud a domicilio, servicios de atención de enfermería especializada o atención de rehabilitación (centro de rehabilitación integral para pacientes externos)** que estén cubiertos, tiene derecho a seguir recibiendo sus servicios para ese tipo de atención, siempre que la atención sea necesaria para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión.

Cuando decidimos que es hora de dejar de cubrir alguno de los tres tipos de atención, estamos obligados a decírselo por anticipado. Cuando finalice su cobertura para esa atención, *dejaremos de pagar la parte que nos corresponde del costo de su atención.*

Si cree que estamos terminando la cobertura para su atención demasiado pronto, **puede apelar nuestra decisión.** Esta sección le indica cómo solicitar una apelación.

**Sección 8.2** **Le comunicaremos por adelantado cuándo se cancelará su cobertura**

#### Término legal

**Aviso de no cobertura de Medicare.** Le dice cómo puede solicitar una **apelación rápida.** Solicitar una apelación rápida es una forma legal y formal de solicitar un cambio a nuestra decisión de cobertura sobre cuándo dejar de prestar atención médica.

- 1. Recibirá un aviso por escrito** al menos dos días calendario antes de que nuestro plan deje de cubrir su atención. El aviso dice lo siguiente:
  - La fecha en la que dejamos de cubrir su atención.
  - Cómo solicitar una apelación rápida para solicitarnos que sigamos cubriendo su atención durante un período de tiempo más largo.
- 2. Se le pedirá que usted o alguien que actúa en su nombre firme el aviso por escrito para demostrar que lo recibió.** Firmar el aviso *solo* indica que ha recibido la información sobre cuándo finalizará su cobertura. **Firmarlo no significa que esté de acuerdo** con la decisión del plan de suspender la atención.

## Capítulo 9 Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

### Sección 8.3 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para que nuestro plan cubra su atención durante un período más largo

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

- **Siga el proceso.**
- **Cumpla con los plazos.**
- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, llame a Servicios para Miembros. O llame al Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud, una organización del gobierno que ofrece 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 adecuada.

La **Organización para la mejora de la calidad** es un grupo de médicos y otros expertos en atención médica a los que el gobierno federal les paga por evaluar y ayudar a mejorar la calidad de la atención que se brinda a las personas con Medicare. Esto incluye las revisiones de las decisiones del plan sobre cuándo es momento de dejar de cubrir ciertos tipos de atención médica. Estos expertos no forman parte de nuestro plan.

**Paso 1: Solicite su apelación de Nivel 1: comuníquese con la Organización para la mejora de la calidad y pida una *apelación rápida*. Debe actuar rápido.**

*¿Cómo puede comunicarse con esta organización?*

- En el aviso por escrito que recibió (*Aviso de no cobertura de Medicare*) se le explica cómo puede comunicarse con esta organización. O busque el nombre, la dirección y el teléfono de la Organización para la mejora de la calidad de su estado en el Capítulo 2.

**Actúe rápido:**

- Debe comunicarse con la Organización para la mejora de la calidad para iniciar su apelación **antes del mediodía del día antes de la fecha de entrada en vigencia** que aparece en el *Aviso de no cobertura de Medicare*.

**Paso 2: La Organización para la mejora de la calidad realiza una revisión independiente de su caso.**

#### Término legal

**Explicación detallada de no cobertura.** Aviso que proporciona detalles sobre las razones para terminar la cobertura.

## Capítulo 9 Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

---

### ¿Qué sucede durante esta revisión?

- Los profesionales de la salud de la Organización para la mejora de la calidad (los revisores) le preguntarán a usted o a su representante por qué cree que debería continuar la cobertura de los servicios. No tiene que preparar nada por escrito, pero puede hacerlo si así lo desea.
- La organización de revisión también revisará su información médica, hablará con su médico y revisará la información que le ha dado nuestro plan.
- Al final del día, los revisores nos informarán sobre su apelación, usted recibirá la **Explicación detallada de no cobertura** donde se explican detalladamente las razones por las cuales queremos finalizar la cobertura de sus servicios.

### **Paso 3:** Dentro del plazo de un día completo después de tener toda la información que necesitan, los revisores le comunicarán su decisión.

### ¿Qué sucede si los revisores aceptan?

- Si los revisores *aceptan* su apelación, entonces **debemos seguir brindándole servicios cubiertos mientras sigan siendo médicamente necesarios**.
- Usted tendrá que seguir pagando la parte que le corresponde de los costos (como deducibles o copagos, si corresponden). Es posible que haya limitaciones en sus servicios cubiertos.

### ¿Qué sucede si los revisores rechazan?

- Si los revisores *rechazan*, entonces **su cobertura finalizará en la fecha que le indicamos**.
- Si decide continuar recibiendo servicios de atención médica a domicilio, servicios en un centro de atención de enfermería especializada o servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF) *después* de la fecha en la que termina su cobertura, **deberá pagar el costo total** de esta atención.

### **Paso 4:** Si rechazan su apelación de Nivel 1, usted decide si quiere presentar otra apelación.

- Si los revisores *rechazan* su apelación de Nivel 1 y usted decide seguir recibiendo la atención después de que haya finalizado la cobertura de la atención, puede presentar una apelación de Nivel 2.

**Capítulo 9 Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)****Sección 8.4 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para que nuestro plan cubra su atención durante un período más largo**

Durante una apelación de Nivel 2, usted le pide a la Organización para la mejora de la calidad que revise de nuevo la decisión de 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 los servicios de atención médica a domicilio, de los servicios en un centro de atención de enfermería especializada o de los servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF) *después* de la fecha en la que le informamos que finalizaría su cobertura.

**Paso 1: Usted se pone en contacto con la Organización para la mejora de la calidad de nuevo para pedir otra revisión.**

- Debe pedir esta revisión **en un plazo de 60 días calendario** después del día en el que la Organización para la mejora de la calidad *rechazó* su apelación de Nivel 1. Puede pedir esta revisión solo si siguió recibiendo la atención después de la fecha en la que finalizó su cobertura.

**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 harán otra revisión cuidadosa de toda la información relacionada con su apelación.

**Paso 3: Los revisores decidirán, en un plazo de 14 días calendario después de recibir su solicitud de apelación, sobre su apelación y le informarán su decisión.*****¿Qué sucede si la organización de revisión acepta?***

- **Debemos reembolsarle** la parte que nos corresponde de los costos de la atención que ha recibido desde la fecha en la que le informamos que finalizaría su cobertura. **Debemos seguir brindando cobertura** para su atención durante el tiempo que sea médicamente necesaria.
- Usted debe seguir pagando la parte que le corresponde de los costos y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura.

***¿Qué sucede si la organización de revisión la rechaza?***

- Significa que están de acuerdo con la decisión que tomamos respecto de su apelación de Nivel 1.
- En el aviso que recibirá, se le explicará por escrito qué puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Se le darán los detalles para continuar con el siguiente nivel de apelación, que es manejado por un juez administrativo o un mediador.

## Capítulo 9 Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

### **Paso 4: Si la rechaza, tendrá que decidir si quiere continuar con la apelación.**

- Hay tres niveles adicionales de apelación después del Nivel 2, lo que representa un total de cinco niveles de apelación. Si desea continuar con una apelación de Nivel 3, los detalles de cómo hacer esto están en el aviso por escrito que recibe después de la decisión de su apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 es manejada por un juez administrativo o un mediador. La Sección 9 de este capítulo explica más acerca de los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

## **SECCIÓN 9      Cómo llevar su apelación al 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 Nivel 2, y ambas apelaciones han sido rechazadas.

Si el valor en dólares del artículo o servicio médico sobre el que ha apelado cumple con ciertos niveles mínimos, es posible que pueda continuar con niveles adicionales de apelación. Si el valor en dólares es inferior al nivel mínimo, no puede seguir apelando. La respuesta escrita que usted reciba para su apelación de Nivel 2 explicará qué debe hacer para solicitar una apelación de Nivel 3.

En la mayoría de las situaciones relacionadas con apelaciones, los tres últimos niveles de apelación funcionan más o menos de la misma manera. La revisión de su apelación la gestionan estas personas en cada uno de estos niveles.

### **Apelación de Nivel 3      Un juez administrativo o un mediador que trabaja para el gobierno federal revisará su apelación y le dará una respuesta.**

- **Si el juez administrativo o mediador acepta su apelación, el proceso de apelaciones puede concluir o no.** A diferencia de la apelación de Nivel 2, tenemos derecho a apelar una decisión de Nivel 3 favorable para usted. Si decidimos apelar, irá a una apelación de Nivel 4.
  - Si decidimos *no* apelar, debemos autorizar o proporcionarle atención médica en un plazo de 60 días calendario después de recibida la decisión del juez administrativo o mediador.
  - Si decidimos apelar la decisión, le enviaremos una copia de la solicitud de apelación de Nivel 4 con los documentos relacionados. Es posible que esperemos la decisión de la apelación de Nivel 4 antes de autorizar o brindar la atención médica en cuestión.

## Capítulo 9 Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- **Si el juez administrativo o mediador rechaza su apelación, el proceso de apelaciones puede concluir o no.**
  - Si usted decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones habrá terminado.
  - Si no quiere aceptar la decisión, puede pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. El aviso que reciba le indicará qué hacer para una apelación de Nivel 4.

**Apelación de Nivel 4** El Consejo de Apelaciones de Medicare (el Consejo) revisará su apelación y le dará una respuesta. El Consejo es parte del gobierno federal.

- **Si su apelación se acepta o si el Consejo rechaza nuestra solicitud de revisar una decisión favorable a una apelación de Nivel 3, el proceso de apelaciones puede concluir o no.** A diferencia de la decisión tomada en el Nivel 2, tenemos derecho a apelar una decisión de Nivel 4 favorable para usted. Nosotros decidiremos si será necesario apelar esta decisión en el Nivel 5.
  - Si decidimos *no* apelar la decisión, debemos autorizar o proporcionarle atención médica en un plazo de 60 días calendario después de recibida la decisión del Consejo.
  - Si decidimos apelar la decisión, se lo comunicaremos por escrito.
- **Si la respuesta es negativa o si el Consejo rechaza la solicitud de revisión, el proceso de apelaciones puede concluir o no.**
  - Si usted decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones habrá terminado.
  - Si no quiere aceptar la decisión, es posible que pueda pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo rechaza su apelación, en el aviso que reciba se le indicará si las normas le permiten pasar a una apelación de Nivel 5 y cómo debería continuar con ese proceso.

**Apelación de Nivel 5** Un juez del Tribunal Federal de Primera Instancia revisará su apelación.

- Un juez revisará toda la información y decidirá si *aceptar* o *rechazar* su solicitud. Esta es una respuesta final. No hay más niveles de apelación tras el Tribunal Federal de Primera Instancia.

### 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 Nivel 2, y ambas apelaciones han sido rechazadas.

## Capítulo 9 Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Si el valor del medicamento sobre el que ha apelado cumple con un monto en dólares determinado, es posible que pueda continuar con niveles adicionales de apelación. Si el monto en dólares es menor, no puede seguir apelando. La respuesta escrita que usted reciba para su apelación de Nivel 2 explicará con quién debe comunicarse y qué debe hacer para solicitar una apelación de Nivel 3.

En la mayoría de las situaciones relacionadas con apelaciones, los tres últimos niveles de apelación funcionan más o menos de la misma manera. La revisión de su apelación la gestionan estas personas en cada uno de estos niveles.

**Apelación de Nivel 3** Un juez administrativo o un mediador que trabaja para el gobierno federal revisará su apelación y le dará una respuesta.

- **Si su apelación se acepta, el proceso de apelaciones habrá terminado.** Debemos **autorizar o brindar la cobertura para medicamentos** que fue aprobada por el juez administrativo o mediador **dentro de las 72 horas (24 horas para apelaciones aceleradas) o realizar el pago, a más tardar, dentro de los 30 días calendario** después de recibir la decisión.
- **Si su apelación se rechaza, el proceso de apelaciones puede concluir o no.**
  - Si usted decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones habrá terminado.
  - Si no quiere aceptar la decisión, puede pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. El aviso que reciba le indicará qué hacer para una apelación de Nivel 4.

**Apelación de Nivel 4** El Consejo de Apelaciones de Medicare (el Consejo) revisará su apelación y le dará una respuesta. El Consejo es parte del gobierno federal.

- **Si su apelación se acepta, el proceso de apelaciones habrá terminado.** Debemos **autorizar o brindar la cobertura para medicamentos** que fue aprobada por el Consejo **dentro de las 72 horas (24 horas para apelaciones aceleradas) o realizar el pago, a más tardar, dentro de los 30 días calendario** después de recibir la decisión.
- **Si su apelación se rechaza, el proceso de apelaciones puede concluir o no.**
  - Si usted decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones habrá terminado.
  - Si no quiere aceptar la decisión, es posible que pueda pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo rechaza su apelación o rechaza su solicitud para revisar la apelación, el aviso le indicará si las normas le permiten pasar a una apelación de Nivel 5. También se le indicará con quién comunicarse y qué hacer a continuación si decide seguir con su apelación.

## Capítulo 9 Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

**Apelación de Nivel 5** Un juez del **Tribunal Federal de Primera Instancia** revisará su apelación.

- Un juez revisará toda la información y decidirá si *aceptar* o *rechazar* su solicitud. Esta es una respuesta final. No hay más niveles de apelación tras el Tribunal Federal de Primera Instancia.

## PRESENTAR RECLAMOS

### SECCIÓN 10 Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el Servicios para Miembros u otras inquietudes

#### Sección 10.1 ¿Qué tipos de problemas se tratan en el proceso de quejas?

El proceso de quejas se utiliza *solo* para ciertos tipos de problemas. Entre ellos se incluyen los problemas relacionados con la calidad de la atención, los tiempos de espera y el Servicios para Miembros. A continuación, encontrará algunos ejemplos de los tipos de problemas que pueden gestionarse a través del proceso de quejas.

Queja	Ejemplo
<b>Calidad de su atención médica</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Está insatisfecho con la calidad de la atención que ha recibido (incluida la atención en el hospital)?</li> </ul>
<b>Respeto de su privacidad</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Alguien no respetó su derecho a la privacidad o compartió información confidencial?</li> </ul>
<b>Falta de respeto, mal Servicios para Miembros u otro comportamiento negativo</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Alguien ha sido descortés o le ha faltado el respeto?</li> <li>• ¿No está satisfecho con nuestros Servicios para Miembros?</li> <li>• ¿Le parece que lo están alentando a dejar nuestro plan?</li> </ul>
<b>Tiempos de espera</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Está teniendo problemas para conseguir una cita o tiene que esperar demasiado para conseguirla?</li> <li>• ¿Ha tenido que esperar demasiado a médicos, farmacéuticos u otros profesionales de la salud? ¿O ha tenido que esperar demasiado por Servicios para Miembros u otro personal de nuestro plan?             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Entre los ejemplos se incluye esperar demasiado al teléfono, en la sala de espera o de consulta, o cuando le van a dar una receta.</li> </ul> </li> </ul>

## Capítulo 9 Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Queja	Ejemplo
<b>Limpieza</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Está insatisfecho con la limpieza o el estado de una clínica, un hospital o un consultorio de un médico?</li> </ul>
<b>Información que obtiene de nosotros</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿No le dimos un aviso requerido?</li> <li>• ¿Es nuestra información escrita difícil de entender?</li> </ul>
<b>Puntualidad</b> (Estos tipos de quejas se relacionan con lo <i>oportuno</i> de nuestras medidas relacionadas con las decisiones de cobertura y las apelaciones)	<p>Si ha pedido una decisión de cobertura o presentado una apelación y le parece que no estamos respondiendo lo suficientemente rápido, puede presentar una queja por nuestra lentitud. Estos son algunos ejemplos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ha pedido que le demos una <i>decisión de cobertura rápida</i> o una <i>apelación rápida</i>, y le hemos dicho que no; puede presentar una queja.</li> <li>• Usted cree que no cumplimos con los plazos para decisiones de cobertura o apelaciones; puede presentar una queja.</li> <li>• Usted cree que no cumplimos con los plazos de cobertura o reembolso de ciertos productos, servicios o medicamentos que fueron aprobados; puede presentar una queja.</li> <li>• Cree que no cumplimos con los plazos requeridos para enviar su caso a la organización de revisión independiente; puede presentar una queja.</li> </ul>

### Sección 10.2 Cómo presentar un reclamo

#### Términos legales

- Una **queja** también se denomina **reclamo**.
- **Presentar una queja** también se denomina **interponer un reclamo**.
- **Usar el proceso para quejas** también se denomina **usar el proceso para interponer un reclamo**.
- Una **queja rápida** también se denomina **reclamo acelerado**.

**Capítulo 9 Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)****Sección 10.3 Paso a paso: Presentación de una queja****Paso 1: Comuníquese con nosotros de inmediato, ya sea por escrito o por teléfono.**

- **Habitualmente, el primer paso consiste en llamar a Servicios para Miembros.** Si debe hacer algo más, Servicios para Miembros se lo indicará.
- **Si no desea llamar (o si llamó y no quedó satisfecho), puede presentar su queja por escrito y enviárnosla.** Si presentó su queja por escrito, le responderemos por escrito.
- Nuestro plan acepta quejas formales orales o escritas, siempre y cuando la queja formal se envíe dentro de los 60 días calendario posteriores al evento o incidente que generó la queja formal. Analizaremos sus preocupaciones y obtendremos cualquier información adicional que sea necesaria para revisar completamente su queja formal. Nuestro plan responderá a su queja formal tan pronto como su estado lo requiera, pero dentro de los 30 días calendario posteriores a la recepción de la queja formal. En algunas circunstancias, es posible que le convenga presentar una queja formal rápida (“acelerada”). Las circunstancias en las que puede que le convenga presentar una queja formal 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 una queja porque rechazamos su solicitud de “decisión de cobertura rápida” o “apelación rápida”, automáticamente le permitiremos una queja “rápida”. Si tiene una queja “rápida”, significa que le responderemos dentro de las 24 horas.
- El **plazo** para presentar un reclamo es de 60 días calendario desde el momento en que tuvo el problema por el que desea presentar el reclamo.

**Paso 2: Analizaremos su queja y le daremos una respuesta.**

- **De ser posible, le daremos una respuesta de inmediato.** Si nos llama por una queja, tal vez podamos darle una respuesta durante esa misma llamada telefónica.
- **La mayoría de las quejas se responden dentro de los 30 días calendario.** Si necesitamos más información y la demora es para su conveniencia o si usted pide más tiempo, podemos demorar hasta 14 días calendario más (44 días calendario en total) en responder a su queja. Si decidimos tomar días adicionales, se lo notificaremos por escrito.
- **Si presenta una queja porque se rechazó su solicitud de una decisión de cobertura rápida o una apelación rápida, automáticamente le concederemos una queja rápida.** Si se le ha concedido una queja rápida, quiere decir que le daremos **una respuesta en un plazo de 24 horas.**

**Capítulo 9 Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)**

---

- **Si no estamos de acuerdo** con la totalidad o una parte del reclamo o si no nos hacemos responsables por el problema del que se está quejando, incluiremos las razones en nuestra respuesta.

**Sección 10.4 También puede presentar quejas sobre la calidad de la atención a la Organización para la mejora de la calidad**

Cuando su queja es sobre la *calidad de la atención*, también tiene dos opciones adicionales:

- **Puede presentar su reclamo directamente a la Organización para la mejora de la calidad.** La Organización para la mejora de la calidad es un grupo de médicos en ejercicio y otros expertos en atención médica a los que el gobierno federal les paga por evaluar y mejorar la atención que se brinda a los pacientes de Medicare. El Capítulo 2 contiene información de contacto.

*O bien*

- **Puede presentar su reclamo ante la Organización para la mejora de la calidad y ante nosotros al mismo tiempo.**

**Sección 10.5 También puede informarle a Medicare acerca de su reclamo**

Puede presentar un reclamo relacionado con RiverSpring Star (HMO I-SNP) directamente a Medicare. Para presentar un reclamo ante Medicare, ingrese en [www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx](http://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:

*Cancelación de su membresía  
en el plan*

---

## SECCIÓN 1 Introducción a cómo cancelar su membresía en nuestro plan

---

La finalización de su participación en el plan RiverSpring Star (HMO I-SNP) puede ser **voluntaria** (de su elección) o **involuntaria** (no de su elección):

- Es posible que deje nuestro plan porque ha decidido que *quiere* dejarlo. Las Secciones 2 y 3 brindan información sobre cómo cancelar su membresía voluntariamente.
- También hay situaciones limitadas en las que nos vemos obligados a cancelar su membresía. La Sección 5 describe situaciones en las que podemos cancelar su membresía.

Si está dejando nuestro plan, nuestro plan debe continuar proporcionando su atención médica y medicamentos con receta y seguirá pagando la parte que le corresponde de los costos hasta que finalice su membresía.

---

## SECCIÓN 2 ¿Cuándo puede cancelar su membresía en nuestro plan?

---

<b>Sección 2.1 Puede cancelar su membresía en cualquier momento</b>
---

Puede finalizar su participación en RiverSpring Star (HMO I-SNP) en cualquier momento.

- Debido a que usted vive en un hogar de convalecencia, puede **cancelar su membresía en RiverSpring Star (HMO I-SNP)** en cualquier momento.
- Si decide **cambiar a un nuevo plan**, puede elegir cualquiera de los siguientes tipos de planes:
  - Otro plan de salud de Medicare con o sin cobertura de medicamentos con receta.
  - Medicare Original *con* un plan separado de medicamentos con receta de Medicare;
  - - o bien - Medicare Original *sin* un plan separado de medicamentos con receta de Medicare.
    - Si elige esta opción, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que haya optado por no participar de la inscripción automática.

**Nota:** Si cancela su inscripción en una cobertura de medicamentos con receta de Medicare y no tiene otra cobertura acreditable para medicamentos con receta durante 63 días consecutivos o más, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D para inscribirse más adelante en un plan de medicamentos de Medicare.

**Capítulo 10 Cancelación de su membresía en el plan**

Generalmente, su membresía se cancelará el primer día del mes después de que se recibe su solicitud para cambiar su plan.

<b>Sección 2.2</b>	<b>¿Dónde puede obtener más información sobre cuándo puede finalizar su membresía?</b>
--------------------	--

Si tiene alguna pregunta sobre cómo finalizar su membresía, puede hacer lo siguiente:

- **Llame a Servicios para Miembros.**
- Encuentre la información en el manual *Medicare y Usted 2025*.
- Comuníquese con **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana (TTY 1-877-486-2048).

---

### **SECCIÓN 3      ¿Cómo puede cancelar su membresía en nuestro plan?**

---

La siguiente tabla explica cómo debe cancelar su membresía en nuestro plan.

<b>Si desea cambiar de nuestro plan a:</b>	<b>Esto es lo que debe hacer:</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Otro plan de salud de Medicare.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inscribirse en el nuevo plan de salud de Medicare.</li> <li>• Su inscripción en RiverSpring Star (HMO I-SNP) se cancelará automáticamente cuando la cobertura de su nuevo plan comience.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Medicare Original <i>con</i> un plan separado de medicamentos con receta de Medicare;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inscribirse en el nuevo plan de medicamentos con receta de Medicare.</li> <li>• Su inscripción en RiverSpring Star (HMO I-SNP) se cancelará automáticamente cuando la cobertura de su nuevo plan comience.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Medicare Original <i>sin</i> un plan separado de medicamentos con receta de Medicare.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Envíenos una solicitud por escrito para cancelar su inscripción</b> Si necesita más información sobre cómo hacer esto, comuníquese con Servicios para Miembros.</li> <li>• También puede comunicarse con <b>Medicare</b> llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana, y solicitar que le cancelen su inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.</li> </ul>

**Capítulo 10 Cancelación de su membresía en el plan**

<b>Si desea cambiar de nuestro plan a:</b>	<b>Esto es lo que debe hacer:</b>
--	-----------------------------------

- Se cancelará su inscripción en RiverSpring Star (HMO I-SNP) cuando comience su cobertura en Medicare Original.

---

## **SECCIÓN 4 Hasta que se cancele su membresía, debe seguir recibiendo sus medicamentos, artículos y servicios médicos a través de nuestro plan**

---

Hasta que finalice su membresía, y comience su nueva cobertura de Medicare, debe continuar recibiendo sus medicamentos con receta, servicios y productos médicos a través de nuestro plan.

- **Continúe utilizando los proveedores de nuestra red para recibir atención médica.**
- **Continúe usando las farmacias de nuestra red o pedido por correo para obtener sus medicamentos con receta.**
- **Si está hospitalizado el día que finaliza su membresía, su hospitalización estará cubierta por nuestro plan hasta que le den el alta (incluso si le dan el alta después de que comience su nueva cobertura médica).**

---

## **SECCIÓN 5 RiverSpring Star (HMO I-SNP) debe finalizar su participación en el plan en ciertas situaciones**

---

<b>Sección 5.1</b>	<b>¿Cuándo debemos cancelar su membresía en el plan?</b>
--------------------	--

**RiverSpring Star (HMO I-SNP) debe finalizar su participación 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 del área de servicio.
- Si se encuentra fuera de nuestra área de servicio durante más de seis meses.
  - Si se muda o realiza un viaje largo, llame a Servicios para Miembros para averiguar si el lugar al que se muda o al que viaja está en el área de nuestro plan.
- No cumple con la calificación para elegibilidad especial del plan.
  - *o* - - ya no requiere un nivel institucional de atención basado en la evaluación del Estado.
- Si es encarcelado (va a prisión).

**Capítulo 10 Cancelación de su membresía en el plan**

---

- Si ya no es ciudadano de los Estados Unidos o no está legalmente presente en los Estados Unidos.
- Si miente o encubre información sobre otro seguro que tenga que le ofrece cobertura para medicamentos con receta.
- Si nos da intencionalmente información incorrecta cuando se inscribe en nuestro plan y esa información afecta su elegibilidad para nuestro plan. (No podemos hacerle dejar nuestro plan por esta razón, a menos que recibamos permiso de Medicare primero).
- Si permanentemente se comporta de una forma que es perturbadora y hace que sea difícil que les brindemos atención médica a usted y a otros miembros del plan. (No podemos hacerle dejar nuestro plan por esta razón, a menos que recibamos permiso de Medicare primero).
- Si deja que otra persona use su tarjeta de miembro para obtener atención médica. (No podemos hacerle dejar nuestro plan por esta razón, a menos que recibamos permiso de Medicare primero).
  - Si cancelamos su membresía por esta razón, es posible que Medicare haga que el Inspector general investigue su caso.
- Si usted debe pagar un monto adicional para la Parte D debido a sus ingresos y no lo hace, Medicare cancelará su inscripción en el plan y usted perderá la cobertura para medicamentos con receta.

**¿Dónde puede obtener más información?**

Si tiene alguna pregunta o desea recibir más información sobre cuándo podemos cancelar su membresía, llame a Servicios para Miembros.

<b>Sección 5.2</b>	<b><u>No</u> podemos pedirle que deje nuestro plan por ningún motivo relacionado con su salud</b>
--------------------	---

RiverSpring Star (HMO I-SNP) no está autorizado a pedirle que se retire de nuestro plan por ningún motivo relacionado con su salud.

**¿Qué debe hacer si sucede esto?**

Si le parece que le están pidiendo que deje nuestro plan por un motivo relacionado con su salud, debe llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) durante las 24 horas, los 7 días de la semana. (TTY 1-877-486-2048).

<b>Sección 5.3</b>	<b>Tiene derecho a presentar una queja si cancelamos su membresía en nuestro plan</b>
--------------------	---

Si cancelamos su membresía en nuestro plan, tenemos la obligación de darle por escrito nuestros motivos de dicha cancelación. Además, tenemos que explicarle cómo puede presentar un reclamo o una queja sobre nuestra decisión de cancelar su membresía.

# CAPÍTULO 11:

## *Avisos legales*

**Capítulo 11 Avisos legales**

---

---

**SECCIÓN 1 Aviso sobre leyes vigentes**

---

La ley principal que se aplica a este documento de *Evidencia de Cobertura* es el Título XVIII de la Ley del Seguro Social y las normas creadas bajo esta ley por parte de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS). Además, es posible que se apliquen otras leyes federales y, en determinadas circunstancias, las leyes del estado en el que vive. Esto puede afectar sus derechos y responsabilidades incluso si las leyes no están incluidas ni explicadas en este documento.

---

**SECCIÓN 2 Aviso sobre no discriminación**

---

**No discriminamos** por cuestiones de raza, origen étnico, nacionalidad, color, religión, sexo, género, edad, orientación sexual, discapacidad física o mental, estado de salud, experiencia en reclamaciones, historial médico, información genética, evidencia de asegurabilidad o ubicación geográfica dentro del área de servicio. Todas las organizaciones que ofrecen planes Medicare Advantage, como nuestro plan, deben cumplir con 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 del Cuidado de Salud de Bajo Costo, todas las demás leyes que se aplican a las organizaciones que reciben fondos federales y cualquier otra ley o norma que se aplique por cualquier otra razón.

Si desea obtener más información o tiene alguna inquietud en cuanto a discriminación o un trato que no ha sido imparcial, llame a la **Oficina de Derechos Civiles** del Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1-800-368-1019 (TTY 1-800-537-7697) o a la Oficina de Derechos Civiles de su localidad. 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 usted tiene una discapacidad y necesita ayuda con el acceso a la atención, llámenos a Servicios para Miembros. Si usted tiene una queja, como un problema de acceso para sillas de ruedas, Servicios para Miembros puede ayudarlo.

---

**SECCIÓN 3 Aviso sobre los derechos de subrogación del pagador secundario de Medicare**

---

Tenemos el derecho y la responsabilidad de cobrar por los servicios cubiertos por Medicare en los que Medicare no es el pagador principal. 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 normas establecidas en esta sección sustituyen cualquier legislación estatal.

# CAPÍTULO 12:

*Definiciones de palabras importantes*

**Capítulo 12 Definiciones de palabras importantes**

---

**Apelación:** una apelación es un recurso que usted presenta si no está de acuerdo con la decisión de denegarle una solicitud de cobertura de servicios de atención médica o medicamentos con receta o pagos por servicios o medicamentos que ya recibió. También puede presentar una apelación si no está de acuerdo con una decisión de interrumpir los servicios que está recibiendo.

**Área de servicio:** un área geográfica donde usted debe vivir para unirse a un plan de salud en particular. Para los planes que limitan qué médicos y hospitales puede utilizar, también es, generalmente, el área donde puede obtener servicios de rutina (no emergencias). El plan debe cancelar su inscripción si se muda fuera del área de servicio del plan de manera permanente.

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

**Autorización previa:** aprobación por adelantado para recibir servicios o determinados medicamentos. En la Tabla de beneficios del Capítulo 4, se señalan los servicios cubiertos que necesitan autorización previa. Los medicamentos cubiertos que necesitan autorización previa están marcados en el Formulario.

**Auxiliar de atención de la salud a domicilio:** una persona que brinda servicios que no necesitan las habilidades de enfermeros o terapeutas certificados, como ayudar con la atención personal (por ejemplo, bañarse, usar el baño, vestirse o realizar ejercicios prescritos).

**Ayuda Extra (“Extra Help”):** un programa de Medicare que ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar los costos del programa de medicamentos con receta de Medicare, como las primas, los deducibles y el coseguro.

**Biosimilar intercambiable:** un biosimilar que puede ser utilizado como sustituto de un producto biosimilar original en la farmacia sin necesidad de una nueva receta, ya que cumple con los requisitos adicionales relacionados con el potencial de sustitución automática. La sustitución automática en la farmacia está sujeta a la ley estatal.

**Biosimilar:** un producto biológico muy similar, pero no idéntico, al producto biológico original. Los biosimilares son tan seguros y eficaces como el producto biológico original. Algunos biosimilares se pueden sustituir por el producto biológico original en la farmacia sin necesidad de una nueva receta (consulte “**Biosimilar intercambiable**”).

**Cancelar o cancelación de la inscripción:** el proceso de cancelación de su membresía en nuestro plan.

**Centro de atención de enfermería especializada (SNF):** servicios de atención de enfermería especializada o rehabilitación especializada brindados todos los días en un centro de atención de enfermería especializada. Ejemplos de la atención incluyen fisioterapia o inyecciones intravenosas que solo pueden ser aplicadas por un enfermero matriculado o un médico.

**Capítulo 12 Definiciones de palabras importantes**

---

**Centro de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF):** un centro que brinda principalmente servicios de rehabilitación después de una enfermedad o lesión, como fisioterapia, servicios sociales o psicológicos, terapia respiratoria, terapia ocupacional y servicios de patología del habla y el lenguaje, y servicios de evaluación del entorno en el hogar.

**Centro quirúrgico ambulatorio:** un centro quirúrgico ambulatorio es una entidad que funciona exclusivamente con el propósito de brindar servicios quirúrgicos ambulatorios a pacientes que no requieren hospitalización y que esperan no pasar más de 24 horas en el centro asistencial.

**Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS):** es la agencia federal que administra Medicare.

**Cobertura acreditable para medicamentos con receta:** cobertura para medicamentos con receta (por ejemplo, de un empleador o un sindicato) que se espera que pague, en promedio, al menos, lo mismo que la cobertura para medicamentos con receta estándar de Medicare. Las personas que tienen este tipo de cobertura, cuando pasan a ser elegibles para Medicare, pueden normalmente mantener esa cobertura sin pagar una multa si deciden inscribirse más tarde en un plan de cobertura para medicamentos con receta de Medicare.

**Cobertura para medicamentos con receta de Medicare (Parte D de Medicare):** seguro que lo ayuda a pagar los medicamentos con receta para pacientes externos, las vacunas, los productos biológicos y algunos suministros que no cubren la Parte A o la Parte B de Medicare.

**Copago:** un monto que es posible que deba pagar como su parte del costo del servicio o el suministro médico, como una consulta con el médico, una consulta hospitalaria como paciente externo o un medicamento con receta. Un copago es un monto establecido (por ejemplo, \$10) más que un porcentaje.

**Coseguro:** un monto que se le puede solicitar que pague, expresado como porcentaje (por ejemplo, 20%) como su parte del costo de los servicios o medicamentos con receta después de pagar los deducibles.

**Costo compartido diario:** es posible que se aplique un costo compartido diario cuando su médico le receta un suministro de determinados medicamentos para menos de un mes completo y usted debe pagar un copago. El costo compartido diario es el copago dividido por la cantidad de días de un suministro para un mes. A continuación, le presentamos un ejemplo: Si su copago para un suministro de un medicamento para un mes es de \$30, y un suministro para un mes en su plan tiene 30 días, su costo compartido diario es de \$1 por día.

**Costo compartido:** se refiere a los montos que un miembro tiene que pagar cuando obtiene servicios o medicamentos. (Esto es complementario a la prima mensual del plan). El costo compartido incluye cualquier combinación de los siguientes tres tipos de pagos: (1) cualquier monto deducible que puede imponer un plan antes de cubrir los servicios o medicamentos;

**Capítulo 12 Definiciones de palabras importantes**

---

(2) cualquier monto fijo de copago que un plan exige cuando se recibe un medicamento o servicio específico; o (3) cualquier monto de coseguro, un porcentaje del monto total pagado por un servicio o medicamento, que un plan exige cuando se recibe un medicamento o servicio específico.

**Costo de suministro:** un honorario que se cobra cada vez que un medicamento cubierto se entrega para pagar el costo de surtir un medicamento con receta, como el tiempo que tarda el farmacéutico en preparar y empaquetar el medicamento con receta.

**Costos que paga de su bolsillo:** consulte la definición de costo compartido más arriba. El requisito de costo compartido de un miembro para pagar una parte de los servicios o medicamentos recibidos también se conoce como el requisito de costo que un miembro paga de su bolsillo.

**Cuidado asistencial:** el cuidado asistencial es la atención personal brindada en un centro de cuidados, hospicio u otro centro cuando usted no necesita atención médica o de enfermería especializada. El cuidado asistencial que brindan personas que no tienen habilidades ni preparación profesional incluye ayuda con actividades cotidianas como bañarse, vestirse, alimentarse, acostarse y levantarse de la cama o de la silla, desplazarse y utilizar el baño. Puede incluir el tipo de atención relacionada con la salud que la mayoría de las personas realizan por sí mismas, como usar gotas para los ojos. Medicare no paga el cuidado asistencial.

**Deducible:** es el monto que debe pagar por la atención médica o los medicamentos con receta antes de que nuestro plan pague.

**Determinación de cobertura:** una decisión para determinar si un medicamento que le recetaron está cubierto por el plan y el monto, si lo hubiera, que deberá pagar por el medicamento con receta. En general, si usted lleva su receta a la farmacia y allí le indican que el medicamento con receta no está cubierto por su plan, eso no es una determinación de cobertura. Deberá llamar o escribir a su plan para pedir una decisión de cobertura formal. Las determinaciones de cobertura también se llaman **decisiones de cobertura** en este documento.

**Determinación de la organización:** una decisión que toma nuestro plan sobre si los productos o servicios están cubiertos o sobre cuánto le corresponde pagar a usted por productos o servicios cubiertos. Las determinaciones de la organización se denominan decisiones de cobertura en este documento.

**Dispositivos protésicos y ortésicos:** dispositivos médicos que incluyen, entre otros, dispositivos ortopédicos para brazos, espalda y cuello; extremidades artificiales; ojos artificiales; y dispositivos necesarios para reemplazar una parte o una función interna del cuerpo, como suministros para ostomía y terapia nutricional enteral y parenteral.

**Capítulo 12 Definiciones de palabras importantes**

---

**Emergencia:** una emergencia médica es cuando usted, o cualquier otra persona prudente, con un conocimiento normal sobre salud y medicina, cree que tiene síntomas médicos que requieren de atención médica inmediata para evitar que pierda la vida (y, si está embarazada, la pérdida del feto), pérdida de una extremidad o la función de una extremidad, o la pérdida o deterioro grave de una función corporal. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, lesión, dolor intenso o afección que se agrava rápidamente.

**Equipo médico duradero (DME):** ciertos equipos médicos indicados por su médico por razones médicas. Los ejemplos incluyen andadores, sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para la diabetes, bombas de infusión intravenosa, dispositivos para la generación del habla, equipo de oxígeno, nebulizadores o camas de hospital recetadas por un proveedor para usar en el hogar.

**Etapas de Cobertura Catastrófica:** es la etapa del beneficio de medicamentos de la Parte D que comienza cuando usted (o alguna persona calificada en su nombre) haya gastado \$2,000 en medicamentos cubiertos de la Parte D durante el año de cobertura. Durante esta etapa de pago, no paga nada por los medicamentos cubiertos de la Parte D.

**Etapas de Cobertura Inicial:** esta es la etapa antes de que sus gastos de bolsillo para el año alcancen el monto umbral que paga de su bolsillo.

**Evidencia de Cobertura (EOC) y Divulgación de información:** en este documento, junto con su formulario de inscripción y cualquier otro documento adjunto, cláusula adicional u otra cobertura opcional seleccionada, se explica su cobertura, lo que debemos hacer nosotros, sus derechos y lo que debe hacer usted como miembro de nuestro plan.

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

**Facturación del saldo:** cuando un proveedor (un médico o el hospital) factura al paciente más que el monto de costo compartido permitido del 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 le **facturen el saldo** o cobren, de otra manera, más que el monto del costo compartido que su plan indica que debe pagar.

**Farmacia de la red:** farmacia que tiene un contrato con nuestro plan por el que los miembros de nuestro plan pueden recibir los beneficios de medicamentos con receta. En la mayoría de los casos, los medicamentos con receta están cubiertos solo si se obtienen en una de nuestras farmacias de la red.

**Capítulo 12 Definiciones de palabras importantes**

---

**Farmacia fuera de la red:** una farmacia que no ha celebrado un contrato con el plan para coordinar o proporcionar los medicamentos cubiertos a los miembros del plan. La mayoría de los medicamentos que obtenga en las farmacias fuera de la red no están cubiertos por nuestro plan, a menos que se apliquen ciertas condiciones.

**“Herramienta de beneficios en tiempo real”:** un portal o una aplicación informática en la que los inscritos pueden buscar información completa, correcta, oportuna, clínicamente apropiada, del Formulario y de beneficios específica para inscritos. Esto incluye los montos de costo compartido, los medicamentos alternativos del Formulario que se pueden utilizar para la misma afección que un medicamento dado, y las restricciones de cobertura (autorización previa, tratamiento escalonado, límites de cantidad) que se aplican a medicamentos alternativos.

**Hospicio:** un beneficio que otorga un trato especial a un miembro que ha sido certificado médicamente como enfermo terminal, lo que significa tener una expectativa de vida de 6 meses o menos. Nosotros, su plan, debemos proporcionarle una lista de hospicios en su área geográfica. Si opta por un hospicio y continúa pagando las primas, sigue siendo miembro de nuestro plan. Todavía podrá obtener todos los servicios médicamente necesarios, así como los beneficios complementarios que ofrecemos.

**Hospitalización:** una hospitalización es cuando es ingresado formalmente al hospital para recibir servicios médicos especializados. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado un paciente externo.

**Indicación medicamento aceptada:** un uso del medicamento que está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos o avalado por ciertas referencias, como el American Hospital Formulary Service Drug Information y el Sistema de Información DRUGDEX de Micromedex.

**Ingreso complementario administrado por el Seguro Social (SSI):** es un beneficio mensual que paga el Seguro Social a las personas con ingresos y recursos limitados, y que son discapacitadas, están ciegas o tienen 65 años o más. Los beneficios del SSI no son iguales que los beneficios del Seguro Social.

**Límites de cantidad:** una herramienta de gestión diseñada para limitar el uso de medicamentos seleccionados por motivos de calidad, seguridad o utilización. Los límites también pueden ser en la cantidad de medicamento que cubrimos por receta o durante un período definido.

**Lista de medicamentos cubiertos (Formulario o Lista de medicamentos):** una lista de medicamentos con receta cubiertos por el plan.

**Medicaid (o asistencia médica):** un programa conjunto estatal y federal, que ayuda a solventar costos médicos de ciertas personas con bajos ingresos y recursos limitados. Los programas estatales de Medicaid varían, pero cubren la mayoría de los costos de atención médica si usted califica para Medicare y Medicaid.

**Capítulo 12 Definiciones de palabras importantes**

---

**Medicamento necesario:** significa que los medicamentos, servicios o suministros son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección y cumplen con los estándares de buena práctica médica aceptados.

**Medicamento de marca:** medicamento con receta fabricado y vendido por la compañía farmacéutica que originariamente investigó y desarrolló dicho medicamento. Los medicamentos de marca tienen la misma fórmula de ingrediente activo que la versión genérica del medicamento. Sin embargo, los medicamentos genéricos son fabricados y vendidos por otros fabricantes de medicamentos y, normalmente, no están disponibles hasta que haya vencido la patente del medicamento con nombre de marca.

**Medicamento genérico:** medicamento con receta que está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA), dado que se considera que tiene los mismos ingredientes activos que el medicamento de marca. Por lo general, un medicamento genérico tiene el mismo efecto que un medicamento de marca, pero suele ser más económico.

**Medicamentos cubiertos:** es el término que se utiliza para referirse a todos los medicamentos con receta que cubre el plan.

**Medicamentos de la Parte D:** son los medicamentos que pueden estar cubiertos por la Parte D. Podemos ofrecer todos los medicamentos de la Parte D o no. Ciertas categorías de medicamentos han sido excluidas como medicamentos cubiertos por la Parte D por el Congreso. Ciertas categorías de medicamentos de la Parte D deben estar cubiertas por cada plan.

**Medicare:** el programa federal de seguros médicos destinado a personas de 65 años o más, algunas personas menores de 65 años con ciertas discapacidades y personas que padecen enfermedad renal terminal (por lo general, las que tienen insuficiencia renal permanente que requiere diálisis o trasplante de riñón).

**Medicare Original (Medicare tradicional o plan Medicare con pago por servicio):** el plan Medicare Original es ofrecido por el gobierno y no por planes de salud privados, como los planes Medicare Advantage y los planes de medicamentos con receta. En Medicare Original, los servicios de Medicare se cubren pagándoles a los médicos, hospitales y otros proveedores de atención médica los montos de pago establecidos por el Congreso. Usted puede consultar con cualquier médico, hospital o proveedor de atención médica que acepte Medicare. Usted debe pagar el deducible. Medicare paga lo que le corresponde de la cantidad aprobada por Medicare, y usted paga lo que le corresponde a usted. Medicare Original tiene dos partes: La Parte A (seguro hospitalario) y la Parte B (seguro médico), y está disponible en todas partes en los Estados Unidos.

**Miembro (miembro de nuestro plan o miembro del plan):** una persona con Medicare elegible para recibir servicios cubiertos, que se ha inscrito en nuestro plan y cuya inscripción ha sido confirmada por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS).

**Capítulo 12 Definiciones de palabras importantes**

---

**Monto de ajuste mensual relacionado con el ingreso (IRMAA):** Si su ingreso bruto ajustado modificado, como informó en su declaración de impuestos del IRS de hace 2 años, está por encima de cierto monto, pagará el monto estándar de la prima y un monto de ajuste mensual relacionado con el ingreso, también conocido como IRMAA. El IRMAA es un cargo adicional que se agrega a su prima. Menos del 5% de las personas con Medicare se encuentran afectadas, por lo que la mayoría de las personas no pagarán una prima más alta.

**Monto máximo que paga de su bolsillo:** es el monto que paga de su bolsillo durante el año calendario por los servicios cubiertos dentro de la red. Los montos que paga por las primas de su plan, las primas de la Parte A y de la Parte B de Medicare y los medicamentos con receta no se tienen en cuenta en el monto máximo que paga de su bolsillo.

**Monto umbral que paga de su bolsillo:** es el monto máximo que paga de su bolsillo por los medicamentos de la Parte D.

**Multa por inscripción tardía de la Parte D:** un monto que se suma a su prima mensual por la cobertura para medicamentos de Medicare si no tiene una cobertura acreditable (una cobertura que se espera que pague, en promedio, al menos, lo mismo que la cobertura para medicamentos con receta estándar de Medicare) durante un período continuo de 63 días o más después de ser elegible para inscribirse en un plan de la Parte D por primera vez.

**Organización para la mejora de la calidad (QIO):** un grupo de médicos en ejercicio y otros expertos en atención médica a los que el gobierno federal les paga por evaluar y mejorar la atención que se brinda a los pacientes de Medicare.

**Parte C:** consulte el Plan Medicare Advantage (MA).

**Parte D:** es el Programa voluntario de beneficios de medicamentos con receta de Medicare.

**Período de beneficios:** la manera en que nuestro plan y Medicare Original miden su uso de los servicios de los hospitales y el centro de atención de enfermería especializada (SNF). El período de beneficios comienza el día en que usted va a un hospital o centro de atención de enfermería especializada. El período de beneficios finaliza cuando no haya recibido servicios de atención hospitalaria para pacientes internados (o atención especializada en un SNF) durante 60 días consecutivos. Si ingresa en el hospital o en el centro de atención de enfermería especializada después de que un período de beneficios haya terminado, comenzará un período de beneficios nuevo. No hay límite en cuanto a la cantidad de períodos de beneficios.

**Período de inscripción abierta de Medicare Advantage:** el período de tiempo desde el 1.º de enero hasta el 31 de marzo para que los miembros de un plan Medicare Advantage puedan cancelar sus inscripciones en el plan y cambiarse a otro plan Medicare Advantage, u obtener cobertura a través de Medicare Original. Si elige cambiar a Medicare Original en este período, también puede inscribirse en un plan separado de medicamentos con receta de Medicare en ese momento. El Período de inscripción abierta de Medicare Advantage también está disponible durante un período de 3 meses después de que una persona es elegible para Medicare por primera vez.

**Capítulo 12 Definiciones de palabras importantes**

---

**Período de inscripción anual:** el período de tiempo entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre de cada año en el que los miembros pueden cambiar de planes de medicamentos o de salud o elegir Medicare Original.

**Período de inscripción especial:** un tiempo determinado para que los miembros puedan cambiar sus planes de salud y de medicamentos o volver a Medicare Original. Situaciones en las que usted puede ser elegible para un Período de Inscripción Especial son: si se muda del área de servicio, si está recibiendo Ayuda Extra (“Extra Help”) con los costos de sus medicamentos con receta, si se muda a un centro de cuidados, o si rompemos nuestro contrato con usted.

**Período de inscripción inicial:** el tiempo en el que puede inscribirse en la Parte A y la Parte B de Medicare, cuando es elegible para recibir Medicare. Si es elegible para Medicare cuando cumpla 65 años, el Período de inscripción inicial es el período de 7 meses que comienza 3 meses antes del mes en que cumple 65 años, incluye el mes en que cumple 65 años y termina 3 meses después del mes en que cumple 65 años.

**Plan de necesidades especiales (SNP) institucional:** un plan en el que se pueden inscribir las personas elegibles que residan, o que se espera que residan, de forma permanente durante 90 días o más en un centro de atención a largo plazo (LTC). Estos centros pueden incluir un centro de atención de enfermería especializada (SNF), un centro de enfermería (NF), (SNF/NF), un centro de atención intermedia para personas con discapacidades intelectuales (ICF/IID), un centro psiquiátrico para pacientes hospitalizados o centros aprobados por CMS que proporciona servicios de atención médica a largo plazo similares que están cubiertos por la Parte A de Medicare, la Parte B de Medicare o Medicaid; y cuyos residentes tienen necesidades y estado de atención médica similares a los de los otros tipos de centros mencionados. Un plan institucional de necesidades especiales debe tener un acuerdo contractual con los centros de LTC (o poseer y operar dichos centros).

**Plan de necesidades especiales (SNP) institucional equivalente:** un plan en el que se pueden inscribir las personas elegibles que viven en la comunidad, pero que requieren de un nivel de atención institucional según la evaluación del estado. La evaluación debe realizarse mediante el uso de la misma herramienta de evaluación de nivel de atención del estado correspondiente y debe estar administrada por una entidad que no sea la organización que ofrece el plan. Este tipo de plan de necesidades especiales puede restringir la inscripción de personas que viven en una residencia de vivienda asistida (ALF) contratada, si fuera necesario, para garantizar que se brinde atención especializada uniforme.

**Plan de necesidades especiales para atención crónica:** los C-SNP son SNP que restringen la inscripción a personas elegibles de MA que tienen una o más afecciones crónicas graves o incapacitantes, según lo establecido en el título 42 del CFR 422.2, incluida la restricción de la inscripción basada en las diferentes agrupaciones de afecciones comúnmente compartidas y clínicamente relacionadas especificadas en el título 42 del CFR 422.4(a)(1)(iv).

**Capítulo 12 Definiciones de palabras importantes**

---

**Plan de necesidades especiales:** tipo especial de plan Medicare Advantage que proporciona una atención médica más específica para determinados grupos de personas, como aquellas que poseen Medicare y Medicaid, que viven en centros de cuidados o que tienen ciertas afecciones médicas crónicas.

**Plan de salud de Medicare:** un plan de salud de Medicare que ofrece una empresa privada que tiene un contrato con Medicare para brindar los beneficios de la Parte A y la Parte B a personas con Medicare que se inscriben en el plan. Este término incluye todos los planes Medicare Advantage, los planes Medicare Cost, los de Necesidades Espaciales, los Programas piloto/demostraciones y los Programas de atención integral para las personas de edad avanzada (PACE).

**Plan de una Organización de proveedores preferidos (PPO):** un plan de una Organización de proveedores preferidos es un plan Medicare Advantage que tiene una red de proveedores contratados que han acordado tratar a los miembros por un monto de pago específico. Un plan de PPO debe cubrir todos los beneficios del plan, independientemente de si los brindan proveedores dentro o fuera de la red. El costo compartido del miembro será generalmente superior cuando recibe los beneficios del plan de parte de proveedores fuera de la red. Los planes de PPO tienen un límite anual de los costos que paga de su bolsillo para los servicios recibidos de proveedores (preferidos) de la red y un límite más alto en los costos que paga de su bolsillo por servicios de proveedores tanto dentro de la red (preferidos) como fuera de la red (no preferidos).

**Plan Medicare Advantage (MA):** a veces llamado Parte C de Medicare. Es un plan ofrecido por una compañía privada que tiene un contrato con Medicare para brindarle todos sus beneficios de la Parte A y la Parte B de Medicare. Un plan Medicare Advantage puede ser i) una Organización para el mantenimiento de la salud (HMO); ii) una Organización de proveedores preferidos (PPO); iii) un Plan privado de pago por servicio (PFFS); o iv) un plan de Cuenta de ahorro para gastos médicos de Medicare (MSA). Además de elegir estos tipos de planes, un plan Medicare Advantage HMO o PPO también puede ser un Plan de necesidades especiales (SNP). En la mayoría de los casos, los planes Medicare Advantage también ofrecen la Parte D (cobertura para medicamentos con receta) de Medicare. Estos planes se llaman **planes Medicare Advantage con cobertura para medicamentos con receta**.

**Planes de necesidades especiales de 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 de la persona.

**Póliza Medigap (seguro complementario de Medicare):** el seguro complementario de Medicare vendido por una compañía de seguros privada para cubrir los *períodos sin cobertura* de Medicare Original. Las pólizas Medigap solo funcionan con Medicare Original. (Un plan Medicare Advantage no es una póliza Medigap).

**Prima:** el pago periódico a Medicare, a una empresa de seguros o a un plan de atención médica para una cobertura de salud o de medicamentos con receta.

**Capítulo 12 Definiciones de palabras importantes**

---

**Producto biológico original:** un producto biológico que ha sido aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) y que funciona como la comparación para los fabricantes que realizan una versión biosimilar. También se denomina producto de referencia.

**Producto biológico:** un medicamento con receta elaborado a partir de fuentes naturales y vivas, como células de los animales, células de las plantas, bacterias o levaduras. Los productos biológicos son más complejos que otros medicamentos y no se pueden copiar exactamente, por eso las formas alternativas se denominan biosimilares. (Consulte también “**Producto biológico original**” y “**Biosimilar**”).

**Programa de descuentos del fabricante:** un programa en virtud del cual los fabricantes de medicamentos pagan una parte del costo total del plan por los medicamentos de marca y los productos biológicos cubiertos de la Parte D. Los descuentos se basan en acuerdos entre el gobierno federal y fabricantes de medicamentos.

**Proveedor de atención primaria (PCP):** El médico u otro proveedor a quien usted consulta primero para la mayoría de los problemas de salud. En muchos planes de salud de Medicare, usted debe consultar con su proveedor de atención primaria antes de consultar con otro proveedor de atención médica.

**Proveedor de la red: proveedor** es el término general para referirnos a médicos, otros profesionales de salud, hospitales y otros centros de atención médica que tienen licencia o certificación de Medicare y del estado para prestar servicios de atención médica. Los **proveedores de la red** tienen un contrato con nuestro plan para aceptar nuestro pago como pago total y, en algunos casos, para coordinar y prestar servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores de la red también se denominan **proveedores del plan**.

**Proveedor fuera de la red o centro fuera de la red:** un proveedor o centro con el que no tiene un contrato con nuestro plan para coordinar ni ofrecer servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores fuera de la red son proveedores que no están empleados, ni son propiedad ni los opera nuestro plan.

**Queja:** el nombre formal para presentar una queja es **interponer un reclamo**. El proceso de quejas se utiliza *solo* para ciertos tipos de problemas. Entre ellos se incluyen los problemas relacionados con la calidad de la atención, los tiempos de espera y el Servicios para Miembros que recibe. También incluye quejas si su plan no sigue los períodos de tiempo en el proceso de apelación.

**Queja:** tipo de reclamo que usted presenta sobre nuestro plan, los proveedores o sobre las farmacias, como, por ejemplo, un reclamo relacionado con la calidad de la atención brindada. Esto no implica disputas de cobertura ni de pago.

**Capítulo 12 Definiciones de palabras importantes**

---

**Servicios cubiertos por Medicare:** servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare. Todos los planes de salud de Medicare, deben cubrir todos los servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare. El término Servicios cubiertos por Medicare no incluye los beneficios adicionales, como servicios de la vista, dentales o auditivos, que puede ofrecer un plan de Medicare Advantage.

**Servicios cubiertos:** es el término que usamos para incluir todos los suministros y servicios de atención médica cubiertos por nuestro plan.

**Servicios de rehabilitación:** estos servicios incluyen fisioterapia, terapia del habla y del lenguaje, y terapia ocupacional.

**Servicios de urgencia:** un servicio cubierto por el plan que requiere atención médica inmediata, y que no es una emergencia, es un servicio de urgencia si usted está temporalmente fuera del área de servicio del plan o no es razonable, dado su tiempo, lugar y circunstancias obtener este servicio de parte de proveedores de la red con los que el plan tiene un contrato. Ejemplos de servicios de urgencia son enfermedades y lesiones imprevistas, o brotes inesperados de afecciones existentes. Sin embargo, las consultas de rutina médicamente necesarias, como los chequeos anuales, no se consideran de urgencia, incluso si se encuentra fuera del área de servicio del plan o si la red del plan no está disponible temporalmente.

**Servicios para Miembros:** un departamento dentro de nuestro plan responsable de responder sus preguntas sobre su membresía y sus beneficios, sus reclamos y sus apelaciones.

**Subsidio por bajos ingresos (LIS):** consulte Ayuda Extra (“Extra Help”).

**Tratamiento escalonado:** herramienta de utilización que exige que primero intente tratar su afección con otro medicamento antes de que cubramos el medicamento que le recetó el médico en primer lugar.



**Departamento de Servicios para Miembros de RiverSpring Star (HMO I-SNP)**

<b>Método</b>	<b>Servicios para Miembros: información de contacto</b>
<b>LLAME AL</b>	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. Servicios para Miembros también ofrece un servicio gratuito de interpretación para las personas que no hablan inglés.
<b>TTY</b>	711 Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas 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.
<b>ESCRIBA A</b>	RiverSpring Star (HMO I-SNP) 80 West 225th Street Bronx, New York 10463
<b>SITIO WEB</b>	<a href="http://www.RiverSpringHealthPlans.org">www.RiverSpringHealthPlans.org</a>

**Programa de asistencia, asesoría e información sobre seguros de salud (HIICAP) de la Oficina de la Tercera Edad: (SHIP de New York)**

HIICAP es un programa estatal que recibe fondos del gobierno federal para brindar asesoramiento gratuito sobre los seguros médicos en su localidad a las personas que están inscritas en Medicare.

<b>Método</b>	<b>Información de contacto</b>
<b>LLAME AL</b>	1-800-701-0501
<b>TTY</b>	212-504-4115 Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla.
<b>ESCRIBA A</b>	<i>New York City</i> Health Insurance Information Counseling and Assistance Program 2 Lafayette Street 7th Floor New York, NY 10007-1392

Método	Información de contacto
	<p><i>Nassau County</i>  Nassau County HIICAP Office  100 E Old Country Road, Suite 18  Mineola, NY 11501</p> <p><i>Westchester County</i>  Department of Senior Programs &amp; Services  9 South First Avenue, 10th Floor  Mt. Vernon, NY 10550</p>
<b>SITIO WEB</b>	<p><a href="https://aging.ny.gov/health-insurance-information-counseling-and-assistance">https://aging.ny.gov/health-insurance-information-counseling-and-assistance</a></p>

***Declaración sobre divulgación de la Ley de Reducción de Papel (PRA).*** De acuerdo con la Ley de Reducción de Papel (PRA) de 1995, ninguna persona debe responder a una recopilación de información a menos que presente un número de control válido de la Oficina de Administración y Presupuesto (OMB). El número de control válido de la OMB para esta recopilación de información es 0938-1051. Si tiene comentarios o sugerencias para mejorar este formulario, escríbanos a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

# RiverSpring Health Plans

**1-800-580-7000** (TTY 711)

de 8 a.m. a 8 p.m. hora del Este, los 7 días de la semana.

**[www.RiverSpringHealthPlans.org](http://www.RiverSpringHealthPlans.org)**