

2020

Evidencia de Cobertura



RiverSpring MAP

(HMO D-SNP)

Para obtener más información, llámenos al **1-800-362-2266** (TTY 711)

de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. hora del
Este, los 7 días de la semana.

www.RiverSpringHealthPlans.org

Del 1.º de enero al 31 de diciembre de 2020

Evidencia de Cobertura:

Sus beneficios y servicios de salud y su cobertura de medicamentos con receta de Medicare como asegurado de *RiverSpring MAP (HMO D-SNP)*.

Este manual incluye información sobre su cobertura de servicios de atención médica de Medicare y Medicaid, incluidos la atención a largo plazo, los servicios en el hogar y en la comunidad, y la cobertura de medicamentos con receta, del 1.º de enero al 31 de diciembre de 2020. En él se explica cómo obtener la cobertura para los servicios de atención médica y medicamentos con receta que necesita. **Es un documento legal importante. Guárdelo en un lugar seguro.**

ElderServe Health, Inc., que opera bajo el nombre RiverSpring Health Plans, ofrece este plan RiverSpring MAP (HMO D-SNP). (Cuando esta Evidencia de Cobertura dice “nosotros”, “nos” o “nuestro”, significa RiverSpring Health Plans. Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, significa RiverSpring MAP [HMO D-SNP]).

Este documento está disponible en *español* de manera gratuita.

Llame al número de Servicio al Cliente al *1-800-362-2266* para obtener información adicional. (Los usuarios de TTY deben llamar al *711*). El horario es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. hora del Este, los 7 días de la semana.

Esta información está disponible en otros formatos alternativos, incluidos braille, letra grande u otros formatos. Si necesita información sobre el plan en otro formato o idioma, comuníquese con el Servicio al Cliente al *1-800-362-2266*.

Los beneficios, la prima, el deducible y/o los copagos o coseguros pueden cambiar el 1.º de enero de 2021.

El formulario, la red de farmacias y/o la red de proveedores pueden cambiar en cualquier momento. Recibirá un aviso cuando sea necesario.

RiverSpring MAP es un plan HMO que tiene un contrato con Medicare. La inscripción en RiverSpring MAP (HMO D-SNP) depende de la renovación del contrato. El plan también tiene un contrato escrito con el programa de Medicaid de Nueva York para coordinar sus beneficios de Medicaid.

Capítulo 1. Primeros pasos como asegurado

Evidencia de Cobertura 2020**Índice**

Esta lista de capítulos y números de las páginas son su punto de partida. Consulte la primera página de cada capítulo para encontrar la información que necesita. **Encontrará una lista detallada de temas al comienzo de cada capítulo.**

Capítulo 1. Primeros pasos como asegurado 4

Explica lo que significa estar en un plan de salud de Medicare y cómo usar este manual. Incluye información sobre los materiales que le enviaremos, la prima del plan, su tarjeta de asegurado del plan y cómo mantener al día su registro de participación de asegurado.

Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes 22

Explica cómo comunicarse con nuestro plan (*RiverSpring MAP [HMO D-SNP]*) y con otras organizaciones, como Medicare, el Programa Estatal de Ayuda sobre Seguros Médicos (State Health Insurance Assistance Program, SHIP), la Organización para la Mejora de la Calidad, el Seguro Social, Medicaid (el programa estatal de seguro médico para personas con bajos ingresos), los programas que ayudan a las personas a pagar sus medicamentos con receta y la Junta de Retiro Ferroviario.

Capítulo 3. Uso de la cobertura del plan para sus servicios médicos y otros servicios cubiertos 43

Explica las cosas importantes que usted debe saber a fin de conseguir atención como asegurado de nuestro plan. Los temas incluyen cómo usar los proveedores de servicios médicos de la red del plan y cómo obtener atención médica cuando tenga una emergencia.

Capítulo 4. Cuadro de beneficios (lo que está cubierto) 60

Detalla los tipos de atención médica que cubre el plan y los que *no* están cubiertos para usted como asegurado del plan.

Capítulo 5. Cómo utilizar la cobertura del plan para sus medicamentos con receta de la Parte D 106

Explica las reglas a seguir para obtener sus medicamentos correspondientes a la Parte D. Indica cómo utilizar la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* del plan para saber qué medicamentos están cubiertos y cuáles *no* están cubiertos. Explica los diferentes tipos de restricciones que se aplican a la cobertura de ciertos medicamentos. Indica dónde puede surtir sus medicamentos con receta. Explica los programas del plan para la seguridad con respecto a los medicamentos y la administración de estos.

Capítulo 1. Primeros pasos como asegurado

Capítulo 6. Lo que paga por sus medicamentos con receta de la Parte D 133

Explica las 4 etapas de la cobertura de medicamentos (*Etapa del deducible, Etapa de cobertura inicial, Etapa de lapso en la cobertura y Etapa de cobertura para casos catastróficos*) y cómo afectan estas etapas lo que paga por sus medicamentos.

Capítulo 7. Cómo solicitarnos que paguemos una factura que recibí por servicios médicos o medicamentos cubiertos 152

Explica cómo y cuándo debe enviarnos una factura para solicitarnos que le rembolsemos sus servicios o medicamentos cubiertos.

Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades 159

Explica los derechos y las responsabilidades que usted tiene como asegurado de nuestro plan. Explica lo que usted puede hacer si cree que sus derechos no se han respetado.

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)..... 171

Explica paso a paso lo que usted, como asegurado de nuestro plan, debe hacer si tiene problemas o preocupaciones.

- Explica cómo solicitar decisiones de cobertura y cómo presentar apelaciones si tiene dificultades para obtener la atención médica o los medicamentos con receta que usted cree que están cubiertos por nuestro plan. Esto incluye pedirnos que hagamos excepciones a las reglas o a las restricciones adicionales respecto de su cobertura por los medicamentos con receta y pedirnos que sigamos cubriendo la atención médica en el hospital y ciertos tipos de servicios médicos si considera que la cobertura está terminando demasiado pronto.
- Explica cómo presentar quejas sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el Servicio al Cliente y otros problemas.

Capítulo 10. Finalización de su participación en el plan 231

Explica cómo y cuándo puede cancelar su participación en el plan. Explica las situaciones en las que nuestro plan debe cancelar su participación.

Capítulo 11. Avisos legales 242

Incluye avisos sobre la ley vigente y la no discriminación.

Capítulo 12. Definiciones de palabras importantes 246

Explica los términos claves que se utilizan en este manual.

CAPÍTULO 1

Primeros pasos como asegurado

Capítulo 1. Primeros pasos como asegurado**Capítulo 1. Primeros pasos como asegurado**

SECCIÓN 1	Introducción	6
Sección 1.1	Usted está inscrito en <i>RiverSpring MAP (HMO D-SNP)</i> , que es un plan especializado de Medicare Advantage (plan de necesidades especiales).....	6
Sección 1.2	¿De qué se trata el manual de <i>Evidencia de Cobertura</i> ?.....	7
Sección 1.3	Información legal sobre la <i>Evidencia de Cobertura</i>	7
SECCIÓN 2	¿Qué necesita para ser elegible para ser asegurado de un plan?	8
Sección 2.1	Requisitos de elegibilidad	8
Sección 2.2	¿Qué significan la Parte A y la Parte B de Medicare?	9
Sección 2.3	¿Qué es Medicaid?	9
Sección 2.4	Esta es el área de servicio del plan para <i>RiverSpring MAP (HMO D-SNP)</i> .	10
Sección 2.5	Residente legal o ciudadano estadounidense.....	10
SECCIÓN 3	¿Qué otros materiales le proporcionaremos?	11
Sección 3.1	Su tarjeta de asegurado del plan: utilícela para conseguir todos los servicios médicos y medicamentos con receta cubiertos	11
Sección 3.2	El <i>Directorio de Proveedores</i> : Su guía de todos los proveedores de la red del plan	11
Sección 3.3	La Lista de <i>Medicamentos Cubiertos (Formulario) del plan</i>	13
Sección 3.4	La <i>Explicación de Beneficios</i> de la <i>Parte D</i> (la “EOB de la Parte D”): Se trata de informes a través de un resumen de pagos realizados para sus medicamentos con receta de la <i>Parte D</i>	13
SECCIÓN 4	Su prima mensual para <i>RiverSpring MAP (HMO D-SNP)</i>	14
Sección 4.1	¿Cuánto cuesta la prima de su plan?	14
Sección 4.2	Si debe pagar una multa por inscripción tardía de la <i>Parte D</i> , hay varias maneras en las que puede pagarla.	15
Sección 4.3	¿Podemos modificar su prima mensual del plan durante el año?.....	17
SECCIÓN 5	Mantenga actualizado el registro de participación de su plan	17
Sección 5.1	Cómo ayudar a garantizar que tenemos información precisa sobre usted.....	17
SECCIÓN 6	Protegemos la privacidad de su información médica personal.....	18
Sección 6.1	Garantizamos que su información médica estará protegida.....	18
SECCIÓN 7	Cómo funciona otro seguro con nuestro plan	19
Sección 7.1	¿Qué plan paga primero cuando tiene otro seguro?	19

Capítulo 1. Primeros pasos como asegurado

Capítulo 1. Primeros pasos como asegurado

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1	Usted está inscrito en <i>RiverSpring MAP (HMO D-SNP)</i>, que es un plan especializado de Medicare Advantage (plan de necesidades especiales)
--------------------	---

Usted está cubierto por Medicare y Medicaid:

- **Medicare** es el programa federal de seguros de salud destinado a personas mayores de 65 años de edad, determinadas personas menores de 65 años de edad con ciertas discapacidades y personas que padecen enfermedad renal en etapa terminal (insuficiencia renal).
- **Medicaid** es un programa conjunto del gobierno federal y estatal que brinda ayuda con los gastos médicos a ciertas personas con ingresos y recursos limitados. La cobertura de Medicaid depende del estado y del tipo de Medicaid que usted tiene. Algunas personas con Medicaid reciben ayuda con el pago de sus primas de Medicare y otros costos. Además, otras personas obtienen cobertura para servicios adicionales y medicamentos que no están cubiertos por Medicare.

Usted ha elegido recibir su atención médica de Medicare y Medicaid y su cobertura de medicamentos con receta mediante nuestro plan, *RiverSpring MAP (HMO D-SNP)*.

Existen diferentes tipos de planes de salud de Medicare. *RiverSpring MAP (HMO D-SNP)* es un plan especializado de Medicare Advantage (un “plan de necesidades especiales” de Medicare), lo que significa que sus beneficios están diseñados para personas con necesidades especiales de atención médica. *RiverSpring MAP (HMO D-SNP)* está diseñado especialmente para las personas que tienen Medicare y que también tienen derecho a recibir asistencia de Medicaid.

Debido a que usted recibe asistencia de Medicaid con su costo compartido de las Partes A y B de Medicare (deducibles, copagos y coseguro), posiblemente no deba pagar nada por sus servicios de atención médica de Medicare. Medicaid también le provee otros beneficios al cubrir servicios de atención médica y servicios en el hogar y en la comunidad que, en general, no están cubiertos por Medicare. También recibirá “Ayuda Adicional” de Medicare para pagar los costos de sus medicamentos con receta de Medicare. *RiverSpring MAP (HMO D-SNP)* ayudará a administrar todos estos beneficios en su nombre para que pueda obtener los servicios de atención médica y la asistencia en el pago a los que tiene derecho.

Una organización sin fines de lucro administra *RiverSpring MAP (HMO D-SNP)*. Como todos los planes de Medicare Advantage, este Plan de necesidades especiales de Medicare está aprobado por Medicare. El plan también tiene un contrato con el programa de Medicaid del Estado de Nueva York para coordinar sus beneficios de Medicaid. Nos complace proveerle su cobertura de atención médica de Medicare y Medicaid, incluidos su cobertura de medicamentos con receta y los servicios de atención a largo plazo en el hogar y en la comunidad.

Capítulo 1. Primeros pasos como asegurado

La cobertura que abarca este plan cumple con los requisitos como cobertura médica calificada (Qualifying Health Coverage, QHC) y cumple con el requisito de responsabilidad compartida individual de la Ley de Protección al Paciente y la Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio (Patient Protection and Affordable Care Act, ACA). Visite el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (Internal Revenue Service, IRS) en <https://www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families> para obtener más información. **La cobertura que abarca este plan cumple con los requisitos como cobertura médica calificada (Qualifying Health Coverage, QHC)** y cumple con el requisito de responsabilidad compartida individual de la Ley de Protección al Paciente y la Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio (Patient Protection and Affordable Care Act, ACA). Visite el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (IRS) en <https://www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families> para obtener más información.

Sección 1.2 ¿De qué se trata el manual de *Evidencia de Cobertura*?

Este manual de *Evidencia de Cobertura* explica cómo obtener su atención médica de Medicare y Medicaid, y los servicios de atención a largo plazo en el hogar y en la comunidad y los medicamentos con receta cubiertos por nuestro plan. Este manual explica sus derechos y responsabilidades, lo que está cubierto y lo que paga como asegurado del plan.

Las palabras “cobertura” y “servicios cubiertos” se refieren a la atención médica, a los servicios de atención a largo plazo en el hogar y en la comunidad, y a los servicios y medicamentos con receta disponibles para usted como asegurado de *RiverSpring MAP (HMO D-SNP)*.

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

Si se encuentra confundido o preocupado, o simplemente tiene una pregunta, comuníquese con el Servicio al Cliente de nuestro plan (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este manual).

Sección 1.3 Información legal sobre la *Evidencia de Cobertura***Forma parte de nuestro contrato con usted**

Esta *Evidencia de Cobertura* forma parte de nuestro contrato con usted sobre cómo *RiverSpring MAP (HMO D-SNP)* cubre su atención. Otras partes de este contrato incluyen su formulario de inscripción, la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* y cualquier notificación que reciba de parte nuestra acerca de cambios en su cobertura o condiciones que afecten su cobertura. Estas notificaciones a veces se denominan “cláusulas adicionales” o “enmiendas”.

El contrato es válido durante los meses en los que esté inscrito en *RiverSpring MAP (HMO D-SNP)* entre el 1.º de enero de 2020 y el 31 de diciembre de 2020.

Capítulo 1. Primeros pasos como asegurado

Cada año calendario, Medicare nos permite realizar cambios en los planes que ofrecemos. Esto significa que podemos cambiar los costos y beneficios de *RiverSpring MAP (HMO D-SNP)* después del 31 de diciembre de 2020. También podemos dejar de ofrecer el plan, u ofrecerlo en un área de servicio diferente, después del 31 de diciembre de 2020.

Medicare tiene que aprobar nuestro plan todos los años

Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) debe aprobar *RiverSpring MAP (HMO D-SNP)* todos los años. Usted puede continuar obteniendo la cobertura de Medicare como asegurado de nuestro plan siempre y cuando elijamos seguir ofreciendo el plan y Medicare renueve su aprobación del plan.

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

Sección 2.1	Requisitos de elegibilidad
--------------------	-----------------------------------

Usted es elegible para participar en nuestro plan siempre y cuando suceda lo siguiente:

- Usted tenga la Parte A y la Parte B de Medicare (la Sección 2.2 explica la Parte A y la Parte B de Medicare).
- -- y -- Viva dentro de nuestra área geográfica de servicios (la Sección 2.3 a continuación describe nuestra área de servicio).
- -- y -- Sea un ciudadano de los Estados Unidos o se encuentre legalmente en los Estados Unidos.
- -- y -- No tenga una enfermedad renal en etapa terminal (End-Stage Renal Disease, ESRD), con algunas excepciones, por ejemplo, si desarrolla ESRD cuando todavía es asegurado de un plan que ofrecemos, o cuando fue asegurado de un plan diferente que finalizó.
- -- y -- Cumpla con los requisitos de elegibilidad especiales descritos a continuación.

Requisitos de elegibilidad especiales para nuestro plan

Nuestro plan está diseñado para satisfacer las necesidades de las personas que reciben ciertos beneficios de Medicaid. (Medicaid es un programa conjunto del gobierno federal y del estatal que brinda ayuda con los gastos médicos a personas con ingresos y recursos limitados). Para ser elegible para nuestro plan, usted debe ser elegible para Medicare y para los beneficios totales de Medicaid.

- Debe tener 18 años de edad o más.
- Debe ser elegible para el nivel de atención en un hogar de atención médica especializada (desde el momento de la inscripción).

Capítulo 1. Primeros pasos como asegurado

- Al momento de la inscripción, debe ser capaz de volver a o de permanecer en su hogar y en la comunidad sin poner en peligro su salud y seguridad, sobre la base de los criterios que provee el Departamento de Salud del Estado de Nueva York.
- Deberá necesitar al menos uno (1) de los siguientes Servicios de atención a largo plazo en la comunidad (Community Based Long Term Care Services, CBLTCS) por más de 120 días desde la fecha de entrada en vigencia de la inscripción:
 - Servicios de enfermería en el hogar
 - Terapias en el hogar
 - Servicios de asistencia médica en el hogar
 - Servicios de atención personal en el hogar
 - Atención médica diurna para adultos
 - Enfermería privada
 - Servicios de asistencia personal dirigidos al consumidor (Consumer Directed Personal Assistance Services, CDPAS)

Tenga en cuenta lo siguiente: Si pierde su elegibilidad, pero razonablemente se puede esperar que vuelva a recuperarla dentro de los *tres (3)* meses, entonces aún es elegible para la participación en nuestro plan (la Sección 2.1 del Capítulo 4 le informa acerca de la cobertura y los costos compartidos durante un período considerado como continuación de la elegibilidad).

Sección 2.2 ¿Qué significan la Parte A y la Parte B de Medicare?

La primera vez que se inscribió en Medicare, recibió información acerca de qué servicios están cubiertos en la Parte A y en la Parte B de Medicare. Recuerde:

- La Parte A de Medicare ayuda a cubrir servicios prestados por los hospitales (para los servicios de pacientes hospitalizados, centros de enfermería especializada o agencias de atención médica a domicilio).
- La Parte B de Medicare es para otros servicios médicos (por ejemplo, para servicios médicos y otros servicios para pacientes ambulatorios) y ciertos artículos (por ejemplo, equipo médico duradero [durable medical equipment, DME] y suministros).

Sección 2.3 ¿Qué es Medicaid?

Medicaid es un programa conjunto del gobierno federal y del estatal que brinda ayuda con los gastos médicos y con los costos de la atención a largo plazo a ciertas personas con ingresos y recursos limitados. Cada estado decide qué cuenta como ingreso y recurso, quién es elegible, qué servicios están cubiertos y el costo de los servicios. Los estados también pueden decidir cómo administrar su programa, siempre y cuando sigan las pautas federales.

Además, hay programas que se ofrecen a través de Medicaid que ayudan a las personas inscritas en Medicare a pagar sus gastos de dicho programa, como por ejemplo, sus primas de Medicare. Estos “Programas de Ahorro de Medicare” ayudan a las personas con ingresos y recursos limitados a ahorrar dinero todos los años:

Capítulo 1. Primeros pasos como asegurado

- **Beneficiario de Medicare Calificado (QMB):** Ayuda a pagar las primas de la Parte A y la Parte B de Medicare y otros costos compartidos (como deducibles, coseguro y copagos). (Algunas personas con Beneficiario de Medicare Calificado [Qualified Medicare Beneficiary, QMB] también son elegibles para los beneficios totales de Medicaid [QMB+])
- **Beneficiario de Medicare Especificado de Bajos Recursos (SLMB):** Ayuda a pagar las primas de la Parte B. (Algunas personas con Beneficiario de Medicare Especificado de Bajos Recursos [Specified Low-Income Medicare Beneficiary, SLMB] también son elegibles para los beneficios totales de Medicaid [SLMB+])

Sección 2.4	Esta es el área de servicio del plan para <i>RiverSpring MAP (HMO D-SNP)</i>
--------------------	---

Aunque Medicare es un programa federal, *RiverSpring MAP (HMO D-SNP)* solo está disponible para las personas que viven en el área de servicio de nuestro plan. Para seguir siendo asegurado de nuestro plan, debe seguir residiendo en el área de servicio del plan. A continuación, se describe el área de servicio.

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

Si planea mudarse fuera del área de servicio, comuníquese con el Servicio al Cliente (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este manual). Cuando se mude, tendrá un Período de Inscripción Especial que le permitirá cambiarse a Original Medicare o inscribirse en un plan de salud o de medicamentos de Medicare que esté disponible en su nuevo lugar.

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

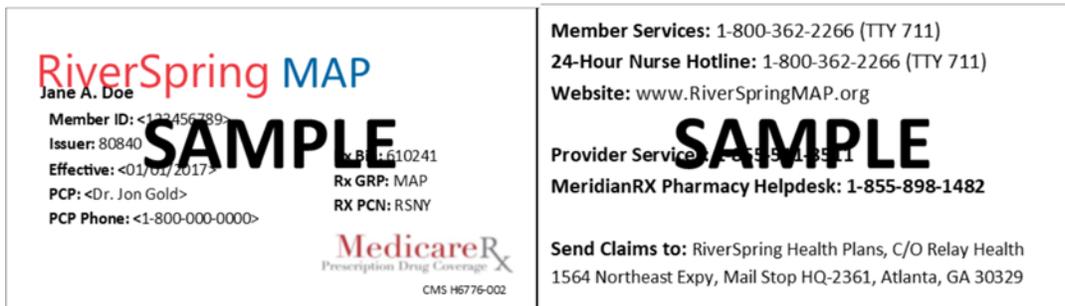
Sección 2.5	Residente legal o ciudadano estadounidense
--------------------	---

Un asegurado del plan de salud de Medicare debe ser ciudadano estadounidense o residente legal de los Estados Unidos. Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) le notificará a *RiverSpring MAP (HMO D-SNP)* si usted no es elegible para seguir estando asegurado sobre esta base. *RiverSpring MAP (HMO D-SNP)* debe cancelar su inscripción si usted no cumple con este requisito.

SECCIÓN 3 ¿Qué otros materiales le proporcionaremos?

Sección 3.1 Su tarjeta de asegurado del plan: utilícela para conseguir todos los servicios médicos y medicamentos con receta cubiertos

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



En la mayoría de los casos, siempre y cuando sea asegurado de nuestro plan, **no debe usar su nueva tarjeta roja, blanca y azul de Medicare** para obtener servicios médicos cubiertos (a excepción de los estudios de investigación clínica de rutina y servicios de atención para pacientes con enfermedades terminales). Es posible que le soliciten que muestre su tarjeta de Medicare si necesita servicios hospitalarios. Conserve su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare en un lugar seguro en caso que la necesite más adelante.

Aquí explicamos por qué esto es tan importante: Si recibe servicios cubiertos por el plan con su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare en lugar de su tarjeta de asegurado de *RiverSpring MAP (HMO D-SNP)* mientras es un asegurado del plan, es posible que deba pagar el costo total.

Si su tarjeta de asegurado está dañada, se le perdió o se la robaron, comuníquese con el Servicio al Cliente de inmediato y le enviaremos una tarjeta nueva. (Los números de teléfono del Servicio al Cliente aparecen en la contraportada de este manual).

Sección 3.2 El Directorio de Proveedores: Su guía de todos los proveedores de la red del plan

El *Directorio de Proveedores y Farmacias* enumera nuestros proveedores de la red y los proveedores de equipo médico duradero. El Directorio de Proveedores y Farmacias también incluye a los proveedores de Medicaid participantes.

Capítulo 1. Primeros pasos como asegurado

¿Qué son los “proveedores de la red”?

Los **proveedores de la red** son los médicos y otros profesionales de atención médica, grupos médicos, suministradores de equipo médico duradero, hospitales y otros centros de atención médica que tienen contrato con nosotros para aceptar nuestro pago y cualquier costo compartido de un plan como pago total. Acordamos que estos proveedores presten los servicios cubiertos a los asegurados de nuestro plan. La lista más reciente de proveedores también se encuentra disponible en nuestro sitio web en www.RiverSpringHealthPlans.org.

¿Por qué debe saber qué proveedores forman parte de nuestra red?

Es importante saber qué proveedores forman parte de nuestra red porque, con limitadas excepciones, mientras es asegurado de nuestro plan debe utilizar los proveedores que participan en la red para obtener su atención y servicios médicos. Las únicas excepciones son los casos de emergencia, los servicios que deben prestarse con urgencia cuando la red no está disponible (por lo general, cuando usted se encuentra fuera del área), los servicios de diálisis que se brindan fuera del área y los casos en los que *RiverSpring MAP (HMO D-SNP)* autorice el uso de proveedores que no forman parte de la red. Consulte el Capítulo 3 (*Uso de la cobertura del plan para sus servicios médicos*) para obtener información más específica sobre los casos de emergencia, la cobertura que no forma parte de la red y la cobertura fuera del área.

Es importante que conozca a los proveedores participantes que aceptan Medicaid. Debe atenderse con los proveedores de Medicaid para recibir los servicios cubiertos por Medicaid que no están cubiertos por Medicare. Si no se atiende con un proveedor de Medicaid, posiblemente sea responsable del pago.

Si no tiene su copia del *Directorio de Proveedores*, puede solicitar una al Servicio al Cliente (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este manual). Puede solicitarle más información al Servicio al Cliente acerca de los proveedores que forman parte de la red, incluidas sus certificaciones. También puede ver el *Directorio de Proveedores* en www.RiverSpringHealthPlans.org. Tanto el Servicio al Cliente como el sitio web podrán brindarle la información más actualizada sobre los cambios en los proveedores de nuestra red.

¿Qué son las “farmacias de la red”?

Las farmacias de la red son todas las farmacias que han acordado surtir las recetas cubiertas para los asegurados de nuestro plan.

¿Por qué necesita informarse sobre las farmacias de la red?

Puede usar el *Directorio de Farmacias* para buscar la farmacia de la red a la que desea acudir. Existen cambios en nuestra red de farmacias para el próximo año. En nuestro sitio web, www.RiverSpringHealthPlans.org encontrará el Directorio de Farmacias actualizado. También puede llamar al Servicio al Cliente para obtener información actualizada sobre los proveedores o para solicitarnos que le enviemos un Directorio de Farmacias por correo postal. **Revise el Directorio de Farmacias de 2020 para ver qué farmacias hay en nuestra red.**

Capítulo 1. Primeros pasos como asegurado

Si no tiene el *Directorio de Farmacias*, puede obtener una copia a través del Servicio al Cliente (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este manual). En cualquier momento, puede llamar al Servicio al Cliente para obtener información actualizada acerca de los cambios en la red de farmacias. También puede encontrar esta información en nuestro sitio web en www.RiverSpringHealthPlans.org.

Sección 3.3 La Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario) del plan

El plan tiene una *Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario)*. De forma abreviada, la llamamos la “Lista de Medicamentos”. Indica qué medicamentos con receta están cubiertos por *RiverSpring MAP (HMO D-SNP)*. El plan selecciona los medicamentos de esta lista con la ayuda de un equipo de médicos y farmacéuticos. La lista debe cumplir con los requisitos establecidos por Medicare y Medicaid. Medicare y Medicaid han aprobado la Lista de Medicamentos de *RiverSpring MAP (HMO D-SNP)*.

La Lista de Medicamentos le informa además si existen reglas que restringen la cobertura para sus medicamentos.

Le brindaremos una copia de la Lista de Medicamentos. Para obtener la información más completa y actualizada acerca de qué medicamentos se cubren, visite el sitio web del plan (www.RiverSpringHealthPlans.org) o llame al Servicio al Cliente (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este manual).

Sección 3.4 La Explicación de Beneficios de la Parte D (la “EOB de la Parte D”): Se trata de informes a través de un resumen de pagos realizados para sus medicamentos con receta de la Parte D

Cuando utilice sus beneficios de medicamentos con receta de la Parte D, le enviaremos un informe a modo de resumen que lo ayudará a comprender y realizar un seguimiento de los pagos para sus medicamentos con receta de la Parte D. Este informe con resumen se denomina *Explicación de Beneficios de la Parte D* (o la “EOB de la Parte D”).

La *Explicación de Beneficios de la Parte D* le informa el monto total que usted, u otras personas en su nombre, gastaron en sus medicamentos con receta de la Parte D y el monto total que pagamos para cada uno de sus medicamentos con receta de la Parte D durante el mes. El Capítulo 5 (*Qué paga por sus medicamentos con receta de la Parte D*) le proporciona más información sobre la *Explicación de Beneficios* y sobre cómo puede ayudarlo a llevar un registro de su cobertura de medicamentos.

También se encuentra disponible, a pedido, un resumen de la *Explicación de Beneficios de la Parte D*. Para obtener una copia, comuníquese con el Servicio al Cliente (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este manual).

Capítulo 1. Primeros pasos como asegurado

SECCIÓN 4 Su prima mensual para *RiverSpring MAP (HMO D-SNP)*

Sección 4.1 ¿Cuánto cuesta la prima de su plan?

No tiene que pagar una prima mensual por separado para *RiverSpring MAP (HMO D-SNP)*. Debe seguir pagando su prima de la Parte B de Medicare (a menos que Medicaid o un tercero paguen su prima de la Parte B).

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

En algunas situaciones, la prima de su plan podría ser mayor que el monto incluido anteriormente en la Sección 4.1. A continuación se describe la situación.

- A algunos asegurados se les exige pagar una **multa por inscripción tardía** de la Parte D porque no se inscribieron en el plan de medicamentos de Medicare la primera vez que fueron elegibles o porque tuvieron un período continuo de 63 días o más sin una cobertura “válida” de medicamentos con receta. (“Válida” significa que la cobertura de medicamentos debe pagar, en promedio, al menos lo mismo que la cobertura estándar de medicamentos con receta de Medicare). Para estos asegurados, la multa por inscripción tardía de la Parte D se agrega a la prima mensual del plan. El monto de la prima será la prima mensual del plan más el monto de la multa por inscripción tardía de la Parte D.
 - Si recibe “Ayuda Adicional” por parte de Medicare para el pago de sus medicamentos con receta, no pagará una multa por inscripción tardía.
 - Si perdiera su subsidio por bajos ingresos (“Ayuda Adicional”), quedaría sujeto a la multa por inscripción tardía mensual de la Parte D si alguna vez ha estado sin cobertura válida de medicamentos con receta durante 63 días o más.
 - Si debe pagar la multa por inscripción tardía de la Parte D, su costo dependerá de cuánto tiempo pasó sin la cobertura de la Parte D o sin una cobertura válida para medicamentos con receta.

A algunos asegurados se les exige pagar otras primas de Medicare.

A algunos asegurados se les exige pagar otras primas de Medicare. Tal como se explicó en la Sección 2 anterior, para ser elegible para nuestro plan, usted debe mantener su elegibilidad para Medicaid, y además debe tener las Partes A y B de Medicare. Para la mayoría de los asegurados de *RiverSpring MAP (HMO D-SNP)*, Medicaid paga la prima de su Parte A (si no califica para esta automáticamente) y su prima de la Parte B. Si Medicaid no paga sus primas de Medicare, usted debe continuar pagando sus primas de Medicare para permanecer como asegurado del plan.

Si su ingreso bruto ajustado modificado como se informó en su declaración de impuestos del IRS de hace 2 años, está por encima de un monto determinado, pagará la suma de la prima estándar y

Capítulo 1. Primeros pasos como asegurado

un Monto de Ajuste Mensual por Ingresos, también conocido como IRMAA. IRMAA es un cargo adicional agregado a su prima.

- Si tiene que pagar un monto adicional, el Seguro Social, **no su plan de Medicare**, le enviará una carta en la que se le informará la suma del monto adicional. Si usted tuvo un suceso importante en su vida que provocó una disminución de sus ingresos, puede pedirle al Seguro Social que reconsidere su decisión.
- **Si debe pagar el monto adicional y no lo hace, se cancelará su inscripción en el plan.**
- También puede visitar <https://www.medicare.gov> en el sitio web o llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. O puede llamar al Seguro Social al 1-800-772-1213. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778.

Su copia de *Medicare y Usted 2020* proporciona información sobre estas primas en la sección denominada “Costos de Medicare 2020”. Todas aquellas personas inscritas en Medicare reciben una copia de *Medicare y Usted* todos los años en otoño. Aquellas personas que recién se inscribieron en Medicare la reciben dentro del mes posterior a la primera inscripción. Además, puede descargar una copia de *Medicare y Usted 2020* del sitio web de Medicare (<https://www.medicare.gov>). O puede solicitar una copia impresa por teléfono al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Sección 4.2	Si debe pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D, hay varias maneras en las que puede pagarla.
--------------------	---

Si debe pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D, hay *dos* (2) maneras en las que puede pagarla. Usted puede pagar con cheque o se le puede descontar la multa por inscripción tardía de su cheque mensual de la Administración del Seguro Social (Social Security Administration, SSA). Puede ponerse en contacto con el Servicio al Cliente para elegir o cambiar su opción de pago. (Los números de teléfono del Servicio al Cliente aparecen en la contraportada de este manual).

Si decide modificar la forma en la que paga su multa por inscripción tardía de la Parte D, puede demorar hasta tres meses que su nuevo método de pago entre en vigencia. Mientras procesamos su solicitud para un nuevo método de pago, usted es responsable de garantizar que la multa por inscripción tardía de la Parte D se pague puntualmente.

Opción 1: Puede pagar con cheque.

Los pagos vencen mensualmente. **Si Medicaid no abona su multa por inscripción tardía, RiverSpring le enviará una factura todos los meses. Devuelva la copia de la factura junto con un cheque pagadero a RiverSpring.** Se debe recibir el cheque hasta el 15 de cada mes. Habrá un cargo de \$20 para los cheques rechazados. Envíenos su pago por correo a:

Capítulo 1. Primeros pasos como asegurado

RiverSpring MAP (HMO D-SNP)
A/A: Finance Department
80 West 225th Street
Bronx, NY 10463

Opción 2: Se le puede descontar la multa por inscripción tardía de la Parte D de su cheque mensual del Seguro Social

Se le puede descontar la multa por inscripción tardía de la Parte D de su cheque mensual del Seguro Social. Comuníquese con el Servicio al Cliente para obtener más información sobre cómo pagar la multa mensual de esta manera. Con gusto lo ayudaremos a establecer esta modalidad. (Los números de teléfono del Servicio al Cliente aparecen en la contraportada de este manual).

¿Qué debe hacer si tiene problemas para pagar su multa por inscripción tardía de la Parte D?

Debemos recibir el pago de la multa por inscripción tardía de la Parte D en nuestra oficina hasta el 15. Si no hemos recibido su pago de la multa hasta el día 15, le enviaremos un aviso para informarle que su participación en el plan finalizará si no recibimos el pago de la multa por inscripción tardía de la Parte D dentro de 30 días. Si tiene que pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D, tiene que pagarla para conservar su cobertura de medicamentos con receta.

Si tiene problemas para pagar la multa por inscripción tardía de la Parte D puntualmente, comuníquese con Servicio al Cliente para ver si podemos dirigirlo a los programas que lo ayudarán con la *multa*. (Los números de teléfono del Servicio al Cliente aparecen en la contraportada de este manual).

Si finalizamos su participación porque no pagó su multa por inscripción tardía de la Parte D, tendrá cobertura médica mediante Original Medicare. Siempre que reciba “Ayuda Adicional” con los costos de sus medicamentos con receta, continuará con la cobertura para medicamentos de la Parte D. Medicare lo inscribirá en un plan nuevo de medicamentos con receta para su cobertura de la Parte D.

En el momento que finalizamos su participación, es posible que aún nos deba *la* multa que no pagó. Tenemos derecho a exigir el cobro del monto de la multa que adeude. En el futuro, si desea inscribirse nuevamente en nuestro plan (o en otro plan que ofrezcamos), tendrá que pagar el monto que adeuda antes de inscribirse.

Si cree que hemos finalizado su participación por error, tiene derecho a solicitarnos, presentando una queja, que reconsideremos esta decisión. La Sección 11 del Capítulo 9 de este manual le informa cómo presentar una queja. Si tiene una circunstancia de emergencia que no pudo controlar y le imposibilitó el pago de sus primas del plan dentro del período de gracia, puede solicitarnos que reconsideremos esta decisión llamando al 1-800-362-2266, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora de Este. Los usuarios de TTY deben llamar al 711. Debe realizar su solicitud en el plazo de 60 días después de la fecha de finalización de su participación.

Capítulo 1. Primeros pasos como asegurado

Sección 4.3 ¿Podemos modificar su prima mensual del plan durante el año?

No. No se nos permite comenzar a cobrarle la prima mensual del plan durante el año. Si la prima mensual del plan cambia el año próximo, se lo informaremos en septiembre y el cambio entrará en vigencia el 1.º de enero.

Sin embargo, en algunos casos, puede necesitar comenzar a pagar o puede dejar de pagar una multa por inscripción tardía. (La multa por inscripción tardía puede aplicarse si usted tuvo un período continuo de 63 días o más durante el cual no contó con cobertura “válida” de medicamentos con receta). Esto podría ocurrir si usted se vuelve elegible para el programa de “Ayuda Adicional” o si pierde su elegibilidad para el programa de “Ayuda Adicional” durante el año:

- Si actualmente paga la multa por inscripción tardía de la Parte D y pasa a ser elegible para la “Ayuda Adicional” durante el año, podrá dejar de pagar la multa.
- Si perdiera su subsidio por bajos ingresos (“Ayuda Adicional”), quedaría sujeto a la multa por inscripción tardía mensual de la Parte D si alguna vez ha estado sin cobertura válida de medicamentos con receta durante 63 días o más.

Puede encontrar más información sobre el programa “Ayuda Adicional” en la Sección 7 del Capítulo 2.

SECCIÓN 5 Mantenga actualizado el registro de participación de su plan

Sección 5.1 Cómo ayudar a garantizar que tenemos información precisa sobre usted

Su registro de participación tiene información sobre su formulario de inscripción, incluidos su dirección y número de teléfono. Muestra la cobertura específica de su plan, incluido su proveedor de atención primaria.

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

Infórmenos sobre estos cambios:

- Cambios en su nombre, dirección o número de teléfono.

Capítulo 1. Primeros pasos como asegurado

- Cambios de cualquier otra cobertura de seguro médico que tenga (como por ejemplo, de su empleador, el empleador de su cónyuge, indemnización del trabajador o Medicaid).
- Si tiene alguna reclamación de responsabilidad, como reclamaciones por un accidente automovilístico.
- Si ha ingresado en un hogar de atención médica especializada.
- Si recibe atención en un hospital o sala de emergencias fuera del área o fuera de la red.
- Si cambia su parte responsable designada (como por ejemplo, un encargado de los cuidados).
- Si está participando de un estudio de investigación clínica.

Si cambia alguna de esta información, infórmenos llamando al Servicio al Cliente (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este manual).

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

Lea la información que le enviamos sobre cualquier otra cobertura de seguro que tenga

Medicare requiere que recopilamos información suya sobre cualquier otra cobertura de seguro de medicamentos o médica que tenga. Esto se debe a que tenemos que coordinar cualquier otro tipo de cobertura que tenga con sus beneficios de nuestro plan. (Para obtener más información sobre cómo funciona nuestra cobertura cuando tiene otro seguro, consulte la Sección 7 de este capítulo).

Una vez por año, le enviaremos una carta que incluye cualquier otro tipo de cobertura de seguro de medicamentos o médica que conocemos. Revise esta información detalladamente. Si es correcta, no debe hacer nada. Si la información es incorrecta o si tiene otra cobertura que no está incluida, llame al Servicio al Cliente (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este manual).

SECCIÓN 6 Protegemos la privacidad de su información médica personal

Sección 6.1 Garantizamos que su información médica estará protegida

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

Para obtener más información sobre cómo protegemos su información médica personal, consulte la Sección 1.4 del Capítulo 8 de este manual.

SECCIÓN 7 Cómo funciona otro seguro con nuestro plan

Sección 7.1 ¿Qué plan paga primero cuando tiene otro seguro?

Cuando tiene otro seguro (como una cobertura grupal de salud de su empleador), existen reglas establecidas por Medicare que deciden si nuestro plan o el otro seguro paga primero. El seguro que paga primero se denomina “pagador primario” y paga hasta los límites de esta cobertura. Quien paga en segundo lugar, llamado “pagador secundario”, solo paga si llegara a haber cargos no cubiertos por la cobertura primaria. Es posible que el pagador secundario no pague todos los costos no cubiertos.

Estas reglas se aplican al empleador o cobertura del plan de salud grupal del sindicato:

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

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

- Seguro contra todo riesgo (incluido el seguro del automóvil)
- Responsabilidad legal (incluido el seguro del automóvil)
- Beneficios por neumoconiosis
- Indemnización del trabajador

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

Si tiene otro seguro, infórmele a su médico, hospital y a su farmacia. Si tiene preguntas sobre quién paga primero o necesita actualizar su otra información sobre el seguro, llame al Servicio al Cliente (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este manual). Es posible que

Capítulo 1. Primeros pasos como asegurado

necesite darles su número de asegurado del plan a otras compañías de seguro (una vez que haya confirmado su identidad) para que sus facturas se paguen correcta y puntualmente.

CAPÍTULO 2

*Números de teléfono
y recursos importantes*

Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes

SECCIÓN 1	Contactos de <i>RiverSpring MAP (HMO D-SNP)</i> (cómo comunicarse con nosotros, incluso cómo comunicarse con Servicio al Cliente en el plan) 23
SECCIÓN 2	Medicare (cómo obtener ayuda e información directamente del programa federal de Medicare)..... 31
SECCIÓN 3	Programa Estatal de Ayuda sobre Seguros Médicos (ayuda gratuita, información y respuestas a sus preguntas sobre Medicare)..... 33
SECCIÓN 4	Organización para la Mejora de la Calidad (Medicare le paga a esta organización para verificar la calidad de la atención que se brinda a las personas que están inscritas en Medicare) 34
SECCIÓN 5	Seguro Social 35
SECCIÓN 6	Medicaid (un programa conjunto del gobierno federal y estatal que brinda ayuda con los gastos médicos a personas con ingresos y recursos limitados) 36
SECCIÓN 7	Información acerca de programas que ayudan a las personas a pagar sus medicamentos con receta 38
SECCIÓN 8	Cómo comunicarse con la Junta de Retiro Ferroviario 42
SECCIÓN 9	¿Tiene un “seguro grupal” u otro seguro médico de un empleador? 42

SECCIÓN 1 Contactos de *RiverSpring MAP (HMO D-SNP)* **(cómo comunicarse con nosotros, incluso cómo comunicarse con Servicio al Cliente en el plan)**

Cómo comunicarse con el Servicio al Cliente de nuestro plan

Para obtener asistencia por consultas sobre reclamaciones, facturación o tarjeta de asegurado, llame o escriba a Servicio al Cliente de *RiverSpring MAP (HMO D-SNP)*. Con gusto lo ayudaremos.

Método	Servicio al Cliente: Información de contacto
LLAME AL	1-800-362-2266 La llamada a este número es gratuita. Los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. hora del Este. El Servicio al Cliente también cuenta con servicios gratuitos de interpretación de idiomas disponibles para las personas que no hablan inglés.
TTY	711 Este número requiere el uso de un equipo de teléfono especial y solo debe ser utilizado por personas con problemas auditivos o del habla. La llamada a este número es gratuita. Los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. hora del Este.
ESCRIBA A	RiverSpring MAP (HMO D-SNP) A/A: Member Services 80 West 225th Street Bronx, NY 10463
SITIO WEB	www.RiverSpringHealthPlans.org

Cómo comunicarse con nosotros cuando está solicitando decisiones de cobertura sobre su atención médica

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos sobre sus beneficios y cobertura o sobre el monto que pagaremos por sus servicios médicos. Para obtener más información acerca de cómo solicitar decisiones de cobertura sobre su atención médica, consulte el Capítulo 9 (*Qué hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]*).

Puede llamarnos si tiene preguntas sobre nuestro proceso de decisión de cobertura.

Método	Decisiones de cobertura para atención médica: información de contacto
LLAME AL	1-800-362-2266 La llamada a este número es gratuita. Los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. hora del Este. El Servicio al Cliente también cuenta con servicios gratuitos de interpretación de idiomas disponibles para las personas que no hablan inglés.
TTY	711 Este número requiere el uso de un equipo de teléfono especial y solo debe ser utilizado por personas con problemas auditivos o del habla. La llamada a este número es gratuita. Los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. hora del Este.
ESCRIBA A	RiverSpring MAP (HMO D-SNP) A/A: Medical Management 80 West 225th Street Bronx, NY 10463
SITIO WEB	www.RiverSpringHealthPlans.org

Cómo comunicarse con nosotros cuando presenta una apelación sobre su atención médica

Una apelación es una manera formal de solicitarnos que revisemos y cambiemos una decisión de cobertura que hayamos tomado. Para obtener más información acerca de cómo presentar una apelación sobre su atención médica, consulte el Capítulo 9 (*Qué hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]*).

Método	Apelaciones por atención médica: información de contacto
LLAME AL	1-800-362-2266 Las llamadas a este número son gratuitas, los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora del Este. El Servicio al Cliente también cuenta con servicios gratuitos de interpretación de idiomas disponibles para las personas que no hablan inglés.
TTY	711 Este número requiere el uso de un equipo de teléfono especial y solo debe ser utilizado por personas con problemas auditivos o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas, los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora del Este.
ESCRIBA A	RiverSpring MAP (HMO D-SNP) A/A: Appeals & Grievances 80 West 225th Street Bronx, NY 10463
SITIO WEB	www.RiverSpringHealthPlans.org

Cómo comunicarse con nosotros cuando presenta una queja sobre su atención médica

Puede presentar una queja ante nosotros o ante uno de nuestros proveedores que forman parte de la red, incluida una queja sobre la calidad de su atención. Este tipo de queja no implica controversias de cobertura o pago. (Si su problema es por la cobertura o el pago de su plan, debe consultar la sección anterior sobre cómo presentar una apelación). Para obtener más información acerca de cómo presentar una queja sobre su atención médica, consulte el Capítulo 9 (*Qué hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]*).

Método	Quejas relacionadas con la atención médica: información de contacto
LLAME AL	1-800-362-2266 Las llamadas a este número son gratuitas, los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora del Este. El Servicio al Cliente también cuenta con servicios gratuitos de interpretación de idiomas disponibles para las personas que no hablan inglés.
TTY	711 Este número requiere el uso de un equipo de teléfono especial y solo debe ser utilizado por personas con problemas auditivos o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas, los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora del Este.
ESCRIBA A	RiverSpring MAP A/A: Appeals & Grievances 80 West 225th Street Bronx, NY 10463
SITIO WEB DE MEDICARE	Puede presentar una queja relacionada con <i>RiverSpring MAP (HMO D-SNP)</i> directamente ante Medicare. Para presentar una queja en línea ante Medicare, visite https://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx .

Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes**Cómo comunicarse con nosotros cuando está buscando decisiones de cobertura sobre los medicamentos con receta de la Parte D**

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos sobre sus beneficios y cobertura o sobre el monto que pagaremos por sus medicamentos con receta cubiertos por el beneficio de la Parte D incluido en el plan. Para obtener más información acerca de cómo solicitar decisiones de cobertura sobre sus medicamentos con receta de la Parte D, consulte el Capítulo 9 (*Qué hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]*).

Método	Decisiones de cobertura para los medicamentos con receta de la Parte D: Información de contacto
LLAME AL	1-855-898-1482 Las llamadas a este número son gratuitas, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
TTY	711 Este número requiere el uso de un equipo de teléfono especial y solo debe ser utilizado por personas con problemas auditivos o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
ESCRIBA A	MeridianRx 1 Campus Martius, Suite 750 Detroit, MI 48226
SITIO WEB	www.RiverSpringHealthPlans.org

Cómo comunicarse con nosotros cuando presenta una apelación sobre los medicamentos con receta de la Parte D

Una apelación es una manera formal de solicitarnos que revisemos y cambiemos una decisión de cobertura que hayamos tomado. Para obtener más información acerca de cómo presentar una apelación sobre sus medicamentos con receta de la Parte D, consulte el Capítulo 9 (*Qué hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]*).

Método	Apelaciones para los medicamentos con receta de la Parte D: Información de contacto
LLAME AL	1-855-898-1482 Las llamadas a este número son gratuitas, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
TTY	711 Este número requiere el uso de un equipo de teléfono especial y solo debe ser utilizado por personas con problemas auditivos o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
FAX	1-855-898-1483
ESCRIBA A	MeridianRx 1 Campus Martius, Suite 750 Detroit, MI 48226
SITIO WEB	www.RiverSpringHealthPlans.org

Cómo comunicarse con nosotros cuando presenta una queja sobre los medicamentos con receta de la Parte D

Puede presentar una queja sobre nosotros o sobre una de las farmacias que forma parte de nuestra red, incluida una queja sobre la calidad de su atención. Este tipo de queja no implica controversias de cobertura o pago. (Si su problema es por la cobertura o el pago de su plan, debe consultar la sección anterior sobre cómo presentar una apelación). Para obtener más información acerca de cómo presentar una queja sobre sus medicamentos con receta de la Parte D, consulte el Capítulo 9 (*Qué hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]*).

Método	Quejas sobre los medicamentos con receta de la Parte D: Información de contacto
LLAME AL	1-855-898-1482 Las llamadas a este número son gratuitas, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
TTY	711 Este número requiere el uso de un equipo de teléfono especial y solo debe ser utilizado por personas con problemas auditivos o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
FAX	1-855-898-1483
ESCRIBA A	MeridianRx 1 Campus Martius, Suite 750 Detroit, MI 48226
SITIO WEB DE MEDICARE	Puede presentar una queja relacionada con <i>RiverSpring MAP (HMO D-SNP)</i> directamente ante Medicare. Para presentar una queja en línea ante Medicare, visite https://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx .

Dónde enviar una solicitud para pedirnos que paguemos el costo de la atención médica o de un medicamento que ha recibido

Para obtener más información sobre situaciones en las que es posible que necesite solicitarnos un reembolso o que paguemos una factura que ha recibido de un proveedor, consulte el Capítulo 7 (*Cómo solicitarnos que paguemos una factura que recibió por servicios médicos o medicamentos cubiertos*).

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

Método	Solicitud de pago: Información de contacto
LLAME AL	1-800-362-2266 Las llamadas a este número son gratuitas, los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora del Este.
TTY	711 Este número requiere el uso de un equipo de teléfono especial y solo debe ser utilizado por personas con problemas auditivos o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas, los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora del Este.
ESCRIBA A	RiverSpring MAP A/A: Claims Department 80 West 225th Street Bronx, NY 10463
SITIO WEB	www.RiverSpringHealthPlans.org

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

Medicare es el programa federal de seguros de salud destinado a personas mayores de 65 años de edad, determinadas personas menores de 65 años de edad con discapacidades y personas que padecen enfermedad renal en etapa 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 (ocasionalmente denominados “CMS” [Centers for Medicare & Medicaid Services]). Esta agencia celebra contratos con organizaciones Medicare Advantage, incluidos nosotros.

Método	Medicare: Información de contacto
LLAME AL	1-800-MEDICARE o 1-800-633-4227 La llamada a este número es gratuita. Las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
TTY	1-877-486-2048 Este número requiere el uso de un equipo de teléfono especial y solo debe ser utilizado por personas con problemas auditivos o del habla. La llamada a este número es gratuita.

Método	Medicare: Información de contacto
SITIO WEB	<p data-bbox="430 310 771 346">https://www.medicare.gov</p> <p data-bbox="430 357 1412 619">Esta es la página gubernamental oficial de Medicare. En ella se proporciona información actualizada sobre Medicare y los asuntos actuales relacionados con este. También ofrece información sobre hospitales, hogares de atención médica especializada, médicos, agencias de atención médica a domicilio y centros de diálisis. Incluye manuales que puede imprimir directamente desde la computadora. También puede encontrar los números de contacto de Medicare en su estado.</p> <p data-bbox="430 630 1412 735">La página de Medicare también contiene información detallada sobre las opciones de elegibilidad e inscripción de Medicare a través de las siguientes herramientas:</p> <ul data-bbox="479 745 1412 1102" style="list-style-type: none"><li data-bbox="479 745 1412 861">• Calculadora de elegibilidad y primas de Medicare (Medicare Eligibility Tool): Proporciona información sobre el estado de elegibilidad para Medicare.<li data-bbox="479 871 1412 1102">• Buscador de planes de Medicare: Proporciona información personalizada sobre las pólizas disponibles de los planes de medicamentos con receta de Medicare, los planes médicos de Medicare y Medigap (seguro suplementario de Medicare) en su área. Estas herramientas proporcionan un <i>valor estimativo</i> de sus gastos de bolsillo según los diferentes planes de Medicare.
SITIO WEB (continuación)	<p data-bbox="430 1123 1412 1186">También puede usar el sitio web para informar a Medicare cualquier queja que tenga sobre <i>RiverSpring MAP (HMO D-SNP)</i>:</p> <ul data-bbox="479 1197 1412 1428" style="list-style-type: none"><li data-bbox="479 1197 1412 1428">• Infórmele su queja a Medicare: Puede presentar una queja relacionada con <i>RiverSpring MAP (HMO D-SNP)</i> directamente ante Medicare. Para presentar una queja ante Medicare, visite https://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. Medicare se toma en serio sus quejas y usará esta información para ayudar a mejorar la calidad del programa Medicare. <p data-bbox="430 1438 1412 1690">Si no tiene una computadora, su biblioteca o centro para adultos mayores locales pueden permitirle que visite este sitio web desde sus computadoras. O bien, puede llamar a Medicare e indicar qué información busca. El personal encontrará la información del sitio web, la imprimirá y se la enviará. (Puede llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE [1-800-633-4227], las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).</p>

SECCIÓN 3 Programa Estatal de Ayuda sobre Seguros Médicos
(ayuda gratuita, información y respuestas a sus
preguntas sobre Medicare)

El Programa Estatal de Ayuda sobre Seguros Médicos (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) es un programa del gobierno que cuenta con asesores capacitados en todos los estados. En *Nueva York*, el SHIP se denomina Programa de Información, Asesoramiento y Ayuda sobre Seguros de Salud (Health Insurance Information, Counseling and Assistance Program, HIICAP). *HIICAP* es independiente (no está vinculado a ninguna compañía de seguros ni plan de salud). 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 tienen Medicare.

Los consejeros de *HIICAP* pueden ayudarlo con sus preguntas o problemas sobre Medicare. Pueden ayudarlo a entender sus derechos en Medicare, a presentar quejas en relación con su atención o tratamiento médico y a resolver los problemas con las facturas de Medicare. Los consejeros de *HIICAP* también pueden ayudarlo a entender sus opciones de planes de Medicare y responder las preguntas sobre el cambio de plan.

Método	Programa de Información, Asesoramiento y Ayuda sobre Seguros de Salud (HIICAP): (SHIP de Nueva York) Información de contacto
LLAME AL	1-800-701-0501
TTY	711 Este número requiere el uso de un equipo de teléfono especial y solo debe ser utilizado por personas con problemas auditivos o del habla.
ESCRIBA A	Ciudad de Nueva York Department for the Aging 2 Lafayette St., 16th Floor New York, NY 10007-1392 Condado de Nassau Department of Human Services Office for the Aging 60 Charles Lindbergh Blvd., Suite #260 Uniondale, NY 11553-3691 Condado de Westchester Department of Senior Programs & Services 9 South First Avenue, 10th floor, Mt. Vernon, NY 10550-3414
SITIO WEB	http://www.aging.ny.gov/healthbenefits

SECCIÓN 4 Organización para la Mejora de la Calidad (Medicare le paga a esta organización para verificar la calidad de la atención que se brinda a las personas que están inscritas en Medicare)

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

Livanta es un grupo de médicos y otros profesionales de la salud que reciben un pago del gobierno federal. Medicare le paga a esta organización para verificar y ayudar a mejorar la calidad de la atención que se brinda a las personas que están inscritas en Medicare. *Livanta* es una organización independiente. No está relacionada con nuestro plan.

Debe comunicarse con *Livanta* ante cualquiera de estas situaciones:

- Tiene una queja relacionada con la calidad de la atención que recibió.
- Considera que la cobertura de su internación finaliza demasiado pronto.
- Considera que la cobertura para atención médica a domicilio, atención en centros de enfermería especializada o servicios en Centros de Rehabilitación Integral para Pacientes Ambulatorios (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF) finaliza demasiado pronto.

Método	Livanta (Organización para la Mejora de la Calidad del Estado de Nueva York) - Información de contacto
LLAME AL	1-866-815-5440 Lunes a viernes, de 9:00 a. m. a 5:00 p. m. Sábados y domingos, de 11:00 a. m. a 3:00 p. m.
TTY	1-866-868-2289 Este número requiere el uso de un equipo de teléfono especial y solo debe ser utilizado por personas con problemas auditivos o del habla.
ESCRIBA A	Livanta BFCC-QIO Program 10820 Guilford Road, Suite 10 Annapolis Junction, MD 20701-1105
SITIO WEB	http://www.bfccqioarea1.com/

SECCIÓN 5 Seguro Social

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

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

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

Método	Seguro Social: Información de contacto
LLAME AL	1-800-772-1213 La llamada a este número es gratuita. Disponible de lunes a viernes de 7:00 a. m. a 7:00 p. m. Puede usar los servicios telefónicos automáticos del Seguro Social para obtener información grabada y realizar gestiones durante las 24 horas del día.
TTY	1-800-325-0778 Este número requiere el uso de un equipo de teléfono especial y solo debe ser utilizado por personas con problemas auditivos o del habla. La llamada a este número es gratuita. Disponible de lunes a viernes de 7:00 a. m. a 7:00 p. m.
SITIO WEB	https://www.ssa.gov

SECCIÓN 6 Medicaid (un programa conjunto del gobierno federal y estatal que brinda ayuda con los gastos médicos a personas con ingresos y recursos limitados)

Los asegurados de RiverSpring MAP (HMO D-SNP) están inscritos en Medicare y en Medicaid del estado de Nueva York. Se hace referencia a un individuo que califica para la cobertura de Medicare y Medicaid como individuo con doble elegibilidad. RiverSpring MAP (HMO D-SNP) es un plan de necesidades especiales para personas con doble elegibilidad que coordina su cobertura de Medicare mientras recibe los beneficios de Medicaid de conformidad con el programa de Medicaid del Estado de Nueva York.

RiverSpring MAP (HMO D-SNP) les permite a los individuos que tienen doble elegibilidad para Medicare y Medicaid inscribirse en el mismo plan de salud para la mayoría de sus beneficios de Medicare y Medicaid. RiverSpring MAP (HMO D-SNP) integra los beneficios de Medicare y Medicaid a través de un contrato estatal para proveer un conjunto definido de beneficios integrales de Medicaid por capitación. Estos beneficios de Medicaid se detallan en el Capítulo 4 y en su Declaración de Beneficios.

La inscripción en RiverSpring MAP (HMO D-SNP) está sujeta a las condiciones de elegibilidad establecidas por los CMS y el Departamento de Salud del Estado de Nueva York (New York State Department of Health, NYSDOH). Los CMS son responsables de procesar la inscripción en el plan Medicare Advantage, y el Departamento Local de Servicios Sociales, o la entidad designada por el NYSDOH, es responsable de procesar las solicitudes de inscripción para el componente del beneficio de Medicaid.

Medicaid es un programa conjunto del gobierno federal y estatal que brinda ayuda con los gastos médicos a ciertas personas con ingresos y recursos limitados.

Además, hay programas que se ofrecen a través de Medicaid que ayudan a las personas inscritas en Medicare a pagar sus gastos de dicho programa, como por ejemplo, sus primas de Medicare. Estos “Programas de Ahorro de Medicare” ayudan a las personas con ingresos y recursos limitados a ahorrar dinero todos los años:

- **Beneficiario de Medicare Calificado (QMB):** Ayuda a pagar las primas de la Parte A y la Parte B de Medicare y otros costos compartidos (como deducibles, coseguro y copagos). (Algunas personas con QMB también son elegibles para los beneficios totales de Medicaid [QMB+]).
- **Beneficiario de Medicare especificado de bajos recursos (SLMB):** Ayuda a pagar las primas de la Parte B. (Algunas personas con SLMB también son elegibles para los beneficios totales de Medicaid [SLMB+]).

Si tiene preguntas sobre la asistencia que recibe de Medicaid, comuníquese con el Departamento de Salud y Servicios Especiales del Estado de Nueva York.

Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes

Método	Departamento de Salud del Estado de Nueva York Información de contacto
LLAME AL	<p>1-888-692-1399</p> <p>Ciudad de Nueva York: 718-557-1399 Disponible de lunes a viernes, de 8:00 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>
TTY	<p>711</p> <p>Este número requiere el uso de un equipo de teléfono especial y solo debe ser utilizado por personas con problemas auditivos o del habla.</p>
ESCRIBA A	<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>
SITIO WEB	https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/index.htm

La Red de Defensoría del Consumidor Independiente (Independent Consumer Advocacy Network, ICAN) ayuda a las personas inscritas en Medicaid con los problemas de servicios o facturación. Pueden ayudarlo a presentar una queja formal o una apelación ante nuestro plan.

Método	Red de Defensoría del Consumidor Independiente (ICAN) - Información de contacto
LLAME AL	1 844 614 8800 Disponible de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 6:00 p. m.
TTY	711 Este número requiere el uso de un equipo de teléfono especial y solo debe ser utilizado por personas con problemas auditivos o del habla.
ESCRIBA A	ican@cssny.org
SITIO WEB	http://www.icannys.org/

El Programa del Defensor de Atención a Largo Plazo (Long Term Care Ombudsman Program, LTCOP) del Estado de Nueva York ayuda a las personas a obtener información sobre hogares de atención médica especializada y a resolver problemas entre los hogares de atención médica especializada y los residentes o sus familiares.

Método	Programa del Defensor de Atención a Largo Plazo (LTCOP) del estado de Nueva York - Información de contacto
LLAME AL	1-855-582-6769
ESCRIBA A	New York State Long-Term Care Ombudsman Program 2 Empire State Plaza Albany, NY 12223-1251
SITIO WEB	http://www.ltcombudsman.ny.gov/

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

Programa “Ayuda Adicional” de Medicare

Debido a que usted es elegible para Medicaid, califica y recibe la “Ayuda Adicional” de Medicare para pagar los gastos de su plan de medicamentos con receta. No necesita hacer nada más para recibir esta “Ayuda Adicional”.

Si tiene alguna pregunta sobre la “Ayuda Adicional”, llame al:

Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes

- 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048 (solicitudes), las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
- La Oficina del Seguro Social al 1-800-772-1213, de lunes a viernes, de 7:00 a. m. a 7:00 p. m. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778; o bien
- Su oficina estatal de Medicaid (solicitudes) (consulte la Sección 6 de este capítulo para obtener información de contacto).

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

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

¿Qué sucede si tiene cobertura de un Programa Estatal de Ayuda para Medicamentos (State Pharmaceutical Assistance Program, SPAP)?

Si está inscrito en un Programa Estatal de Ayuda para Medicamentos (SPAP) o en cualquier otro programa que brinde cobertura para los medicamentos de la Parte D (que no sea el programa de “Ayuda Adicional”), continuará recibiendo el descuento del 70% en todos los medicamentos de marca cubiertos. Además, el plan paga el 5% de los costos de los medicamentos de marca durante la interrupción en la cobertura. El 70% de descuento y el 5% que paga el plan se aplican al precio del medicamento antes de aplicar la cobertura del SPAP u otra cobertura.

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

¿Qué es el Programa de Asistencia de Medicamentos para el SIDA (ADAP)?

El Programa de Asistencia de Medicamentos para el SIDA (AIDS Drug Assistance Program, ADAP) ayuda a que las personas elegibles para el ADAP que padecen de VIH/SIDA tengan acceso a medicamentos para el VIH que les permita salvar la vida. Los medicamentos con receta de la Parte D de Medicare que también están cubiertos por ADAP cumplen con los requisitos para la asistencia con los costos compartidos de los medicamentos con receta a través de los Programas de atención médica para pacientes con VIH que no tienen seguro médico (ADAP) del Estado de Nueva York. Nota: Para ser elegibles para el ADAP que opera en su estado, las personas tienen que cumplir con determinados criterios, que incluyen la prueba de residencia en el estado y de su estado de VIH, prueba de ingresos bajos según la definición del estado y prueba de estado sin cobertura de seguro médico o estado de cobertura no adecuada.

Si actualmente se encuentra inscrito en un ADAP, puede continuar proporcionándole la asistencia con los costos compartidos de los medicamentos con receta de la Parte D de Medicare para los medicamentos del formulario del ADAP. Para asegurarse de que continúe recibiendo esta asistencia, informe al encargado de las inscripciones en el ADAP local sobre cualquier cambio en el nombre del plan o el número de póliza de la Parte D de Medicare. Programas de atención médica para pacientes con VIH que no tienen seguro médico (ADAP) del Estado de Nueva York al 1-800-542-2437. Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame a los Programas de atención médica para pacientes con VIH que no tienen seguro médico (ADAP) del Estado de Nueva York al 1-800-542-2437.

Método	Programas de atención médica para pacientes que no tienen seguro médico (ADAP) del Estado de Nueva York - Información de contacto
LLAME AL	1-800-542-2437
ESCRIBA A	HIV Uninsured Care Programs Empire Station P.O. Box 2052 Albany, NY 12220-0052
SITIO WEB	http://www.health.ny.gov/diseases/aids/general/resources/adap/

¿Qué sucede si recibe “Ayuda Adicional” de Medicare que lo ayude a pagar sus gastos en medicamentos con receta?

¿Puede obtener los descuentos?

La mayoría de nuestros asegurados obtienen la “Ayuda Adicional” de Medicare para pagar los costos de su plan de medicamentos con receta. Si usted obtiene la “Ayuda Adicional”, el Programa de Descuentos durante la Interrupción en la Cobertura de Medicare no se aplica a

usted. Si recibe “Ayuda Adicional”, ya tiene cobertura para sus gastos en medicamentos con receta durante la interrupción en la cobertura.

¿Qué sucede si no recibe un descuento y considera que sí tiene derecho a recibirlo?

Si considera que ha alcanzado la interrupción en la cobertura y que no recibió un descuento cuando pagó su medicamento de marca, debe revisar su próximo aviso de la *Explicación de Beneficios (EOB) de la Parte D*. Si el descuento no aparece en su *Explicación de Beneficios de la Parte D*, debe comunicarse con nosotros para asegurarse de que sus registros de recetas médicas sean correctos y estén actualizados. Si no estamos de acuerdo en que se le adeuda un descuento, puede presentar una apelación. Puede obtener ayuda para presentar una apelación de su Programa Estatal de Ayuda sobre Seguros Médicos (SHIP) (los números de teléfono se incluyen en la Sección 3 de este Capítulo) o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Programas Estatales de Ayuda para Medicamentos

Muchos estados tienen programas estatales de ayuda para medicamentos que ayudan a algunas personas a pagar sus medicamentos con receta según sus necesidades financieras, edad, estado de salud o discapacidad. Cada estado tiene sus propias reglas para brindar la cobertura a los asegurados.

En *Nueva York*, el programa estatal de ayuda para medicamentos es la *Cobertura de Seguro Farmacéutico para la Tercera Edad (Elderly Pharmacy Insurance Coverage, EPIC)*.

Método	Cobertura de Seguro Farmacéutico para la Tercera Edad (EPIC) (programa estatal de ayuda para medicamentos del Estado de Nueva York) - Información de contacto
LLAME AL	1-800-332-3742 Disponibile de lunes a viernes, de 8:30 a. m. a 5:00 p. m.
TTY	1-800-290-9138 Este número requiere el uso de un equipo de teléfono especial y solo debe ser utilizado por personas con problemas auditivos o del habla.
ESCRIBA A	EPIC P.O. Box 15018 Albany, NY 12212-5018
SITIO WEB	http://www.health.state.ny.us/healthcare/epic/

SECCIÓN 8 Cómo comunicarse con la Junta de Retiro Ferroviario

La Junta de Retiro Ferroviario es una agencia federal independiente que administra los programas integrales de beneficios destinados a los trabajadores ferroviarios nacionales y a sus familias. Si tiene alguna pregunta sobre los beneficios de la Junta de Retiro Ferroviario, comuníquese con la agencia.

Si está inscrito en Medicare a través de la Junta de Retiro Ferroviario, es importante que les informe si se muda o cambia su dirección postal.

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

SECCIÓN 9 ¿Tiene un “seguro grupal” u otro seguro médico de un empleador?

Si usted (o su cónyuge) recibe beneficios de su empleador o grupo de jubilados (o el de su cónyuge) como parte de este plan, llame al administrador de beneficios de su empleador/sindicato, o al Servicio al Cliente, si tiene alguna pregunta. Puede preguntar acerca de los beneficios de salud o las primas de su empleador o grupo de jubilados (o el de su cónyuge). (Los números de teléfono de Servicio al Cliente aparecen en la contraportada de este manual). 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 conforme a este plan o con los períodos de inscripción para realizar un cambio.

Si tiene otra cobertura para medicamentos con receta a través de su empleador o grupo de jubilados (o el de su cónyuge), 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

*Uso de la cobertura del plan para sus
servicios médicos y otros servicios
cubiertos*

Capítulo 3. Uso de la cobertura del plan para sus servicios médicos y otros servicios cubiertos

Capítulo 3. Uso de la cobertura del plan para sus servicios médicos y otros servicios cubiertos

SECCIÓN 1	Lo que debe saber sobre cómo obtener atención médica y otros servicios cubiertos como asegurado de nuestro plan	46
Sección 1.1	¿Qué son los “proveedores de la red” y los “servicios cubiertos”?.....	46
Sección 1.2	Reglas básicas para recibir la atención médica y los otros servicios que cubre el plan	46
SECCIÓN 2	Use proveedores de la red del plan para su atención médica y otros servicios	47
Sección 2.1	Debe elegir un proveedor de atención primaria (PCP) para que brinde y supervise su atención.....	47
Sección 2.2	¿Qué tipos de atención médica y qué otros servicios puede obtener sin la aprobación anticipada de su PCP?.....	49
Sección 2.3	Cómo recibir atención de especialistas y de otros proveedores que forman parte de la red	49
Sección 2.4	Cómo recibir atención de proveedores que no forman parte de la red.....	51
SECCIÓN 3	Cómo obtener servicios cubiertos en caso de emergencia, necesidad urgente de recibir atención o catástrofe	51
Sección 3.1	Cómo obtener atención en caso de emergencia médica	51
Sección 3.2	Cómo obtener atención en caso de una necesidad urgente de recibir servicios.....	53
Sección 3.3	Cómo recibir atención durante una catástrofe.....	54
SECCIÓN 4	¿Qué sucede si le facturan directamente el costo total de los servicios cubiertos?	54
Sección 4.1	Puede solicitarnos que paguemos los servicios cubiertos	54
Sección 4.2	¿Qué debe hacer si los servicios no están cubiertos por nuestro plan?	54
SECCIÓN 5	¿Cómo se cubren los servicios médicos cuando participa en un “estudio de investigación clínica”?	55
Sección 5.1	¿Qué es un “estudio de investigación clínica”?.....	55
Sección 5.2	Cuando participa de un estudio de investigación clínica, ¿quién paga por cada cosa?	56
SECCIÓN 6	Reglas para obtener atención cubierta en un “centro religioso no médico dedicado a la salud”	57
Sección 6.1	¿Qué es un centro religioso no médico dedicado a la salud?	57
Sección 6.2	¿Qué tipo de atención de un centro religioso no médico dedicado a la salud cubre nuestro plan?	57

Capítulo 3. Uso de la cobertura del plan para sus servicios médicos y otros servicios cubiertos

SECCIÓN 7 Reglas de propiedad del equipo médico duradero..... 58

Sección 7.1 ¿Puede convertirse en propietario del equipo médico duradero después de haber realizado cierta cantidad de pagos conforme a nuestro plan? 58

Capítulo 3. Uso de la cobertura del plan para sus servicios médicos y otros servicios cubiertos

SECCIÓN 1 Lo que debe saber sobre cómo obtener atención médica y otros servicios cubiertos como asegurado de nuestro plan

En este capítulo se explica lo que usted debe saber sobre cómo utilizar el plan para obtener atención médica y otros servicios cubiertos. Contiene definiciones de términos y se explican las reglas que deberá seguir para obtener tratamientos médicos, servicios y otro tipo de atención médica que cubre el plan.

Para obtener información sobre el tipo de atención médica y los demás servicios que cubre nuestro plan, utilice el Cuadro de beneficios del capítulo siguiente, el Capítulo 4 (*Cuadro de beneficios, lo que está cubierto*).

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

A continuación, encontrará algunas definiciones que pueden ser útiles para que entienda cómo puede obtener la atención y los servicios cubiertos como asegurado de nuestro plan:

- Los **“proveedores”** son los médicos y otros profesionales de atención médica autorizados por el estado para prestar servicios y atención médica. El término “proveedores” también abarca a hospitales y otros centros de atención médica.
- Los **“proveedores de la red”** son los médicos y otros profesionales de atención médica, grupos de médicos, hospitales y otros centros de atención médica que tienen un acuerdo con nosotros para aceptar nuestro pago como pago completo. Acordamos que estos proveedores presten los servicios cubiertos a los asegurados de nuestro plan. Los proveedores de nuestra red nos facturan directamente por la atención que le prestan a usted. Cuando consulta a un proveedor de la red, no paga nada por los servicios cubiertos.
- Los **“servicios cubiertos”** incluyen toda la atención médica, los servicios de atención médica, los suministros y los equipos que cubre nuestro plan. Los servicios cubiertos de atención médica se incluyen en el cuadro de beneficios del Capítulo 4.

Sección 1.2 Reglas básicas para recibir la atención médica y los otros servicios que cubre el plan

Como plan de salud de Medicare y Medicaid, *RiverSpring MAP (HMO D-SNP)* tiene que cubrir todos los servicios que cubre Original Medicare.

Por lo general, *RiverSpring MAP (HMO D-SNP)* cubrirá su atención médica siempre y cuando:

- **La atención que reciba se incluya en el Cuadro de beneficios del plan** (el cuadro se encuentra en el Capítulo 4 de este manual).
- **La atención que reciba se considere médicamente necesaria.** “Médicamente necesario” significa que los servicios, suministros o medicamentos son necesarios para la

Capítulo 3. Uso de la cobertura del plan para sus servicios médicos y otros servicios cubiertos

prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su problema de salud y que estos cumplen con los estándares aceptados de la práctica médica.

- **Tiene un proveedor de atención primaria (primary care provider, PCP) de la red que le brinda atención y la supervisa.** Como asegurado de nuestro plan, debe elegir un PCP que forme parte de la red (para obtener más información sobre este tema, consulte la Sección 2.1 de este capítulo).
 - No se requiere la derivación de su PCP para la atención médica de emergencia o los servicios de urgencia. También existen otros tipos de atención que puede recibir sin tener la aprobación anticipada de su PCP (para obtener más información sobre este tema, consulte la Sección 2.2 de este capítulo).
- **Usted debe recibir su atención de un proveedor de la red** (para obtener más información sobre este tema, consulte la Sección 2 de este capítulo). En la mayoría de los casos, no se cubrirá la atención que recibe de un proveedor que no forma parte de la red (un proveedor que no forma parte de la red de nuestro plan). *Las siguientes son tres excepciones:*
 - El plan cubre la atención médica de emergencia o los servicios de urgencia que reciba de un proveedor que no forma parte de la red. Si desea más información al respecto, y ver qué significan servicios de urgencia y de emergencia, consulte la Sección 3 de este capítulo.
 - Si usted necesita atención médica que Medicare o Medicaid 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. *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 este caso, cubriremos estos servicios como si hubiera recibido la atención a través de un proveedor 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 servicios de diálisis renal recibidos en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando usted se encuentra temporalmente fuera del área de servicio del plan.

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

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

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

- *¿Qué es un PCP?*
 - Cuando se convierte en asegurado de RiverSpring MAP, debe elegir un proveedor del plan como su proveedor de atención primaria (PCP). Su PCP es un profesional

Capítulo 3. Uso de la cobertura del plan para sus servicios médicos y otros servicios cubiertos

de atención médica que cumple con los requisitos del estado y está capacitado para brindarle atención médica.

- *¿Qué tipos de proveedores pueden actuar como un PCP?*
 - Usted puede elegir un PCP a partir de varios tipos de proveedores. Esto incluye médicos generalistas, médicos de familia, enfermeros practicantes y especialistas que aceptan desempeñarse como su proveedor de atención primaria.
- *Explicación del papel de un PCP en su plan.*
 - Su PCP le proporcionará la mayoría de los servicios de atención médica preventiva y de rutina.
- *¿Cuál es el papel del PCP en la coordinación de los servicios cubiertos?*
 - Como asegurado de RiverSpring MAP, su PCP coordinará muchos de los servicios cubiertos que recibe como asegurado del plan. “Coordinar” sus servicios significa realizar un seguimiento con otros proveedores del plan sobre su atención, identificar los servicios que necesita y garantizar que esos servicios cumplan con sus necesidades de salud específicas.
- *¿Cuál es el papel del PCP al momento de obtener una autorización previa o de tomar decisiones sobre esta, si corresponde?*
 - En algunos casos, su PCP necesitará obtener una autorización previa (aprobación previa) de nuestra parte para ciertos tipos de servicios o suministros cubiertos. Consulte el Cuadro de beneficios del Capítulo 4 para obtener una lista completa de los servicios cubiertos y de las reglas de autorización previa.

¿Cómo debe elegir su PCP?

Cuando se inscriba en *RiverSpring MAP*, seleccionará un PCP de la lista en nuestro *Directorio de Proveedores y Farmacias*. Si ahora su PCP no participa en *RiverSpring MAP*, y a usted le gustaría que nos comuniquemos con el consultorio, infórmenoslo.

Servicio al Cliente se complacerá en ayudarlo a seleccionar un PCP. Cómo cambiar su PCP

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

Si necesita cambiar su PCP, llame a Servicio al Cliente y verificaremos que el médico acepte nuevos pacientes. 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. Servicio al Cliente cambiará sus registros de asegurado para que incluyan el nombre de su nuevo PCP y le informará cuando el cambio de PCP entre en vigencia.

Capítulo 3. Uso de la cobertura del plan para sus servicios médicos y otros servicios cubiertos

Sección 2.2 ¿Qué tipos de atención médica y qué otros servicios puede obtener sin la aprobación anticipada de su PCP?

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

- Atención médica de rutina para mujeres, que incluye exámenes de mamas, mamografías (radiografías de las mamas), examen de Papanicolaou y exámenes pélvicos, siempre y cuando sean prestados por un proveedor de la red.
- Vacunas contra la gripe, contra la hepatitis B y la neumonía, siempre y cuando las reciba de un proveedor de la red.
- Servicios de emergencia prestados por proveedores de la red o proveedores fuera de la red.
- Servicios de urgencia de proveedores de la red o proveedores fuera de la red cuando los de la red están temporalmente no disponibles o son inaccesibles, p. ej., cuando usted esté de manera temporal fuera del área de servicio del plan.
- Visitas a proveedores y especialistas del plan.
- Planificación familiar y servicios de salud reproductiva.
- Las clínicas del Artículo 28 que brindan servicios de optometría y que están afiliadas al Colegio de Optometría de la Universidad Estatal de Nueva York para obtener servicios de optometría cubiertos.
- Las clínicas del Artículo 28 operadas por los centros odontológicos académicos para obtener servicios dentales cubiertos.
- Servicios de diálisis renal recibidos en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando usted se encuentra temporalmente fuera del área de servicio del plan. (Si es posible, llame a Servicio al Cliente antes de salir del área de servicio para que podamos ayudar a coordinar los servicios de diálisis de mantenimiento mientras usted se encuentre fuera del área. Los números de teléfono de Servicio al Cliente aparecen en la contraportada de este manual).

Servicios de diálisis renal recibidos en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando usted se encuentra temporalmente fuera del área de servicio del plan. (Si es posible, llame a Servicio al Cliente antes de salir del área de servicio para que podamos ayudar a coordinar los servicios de diálisis de mantenimiento mientras usted se encuentre fuera del área. Los números de teléfono de Servicio al Cliente aparecen en la contraportada de este manual).

Sección 2.3 Cómo recibir atención de especialistas y de otros proveedores que forman parte de la red

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

Capítulo 3. Uso de la cobertura del plan para sus servicios médicos y otros servicios cubiertos

- Los oncólogos tratan a pacientes que padecen cáncer.
- Los cardiólogos tratan a pacientes que padecen enfermedades cardíacas.
- Los ortopedistas tratan a pacientes que padecen determinadas enfermedades óseas, articulares o musculares.
- ¿Cuál es el papel (si hubiera) del PCP al derivar asegurados a un especialista u otros proveedores?
 - Como asegurado de RiverSpring MAP, no necesita una derivación de su PCP para ver a un especialista de la red. Su PCP puede proveerle asistencia si necesita ayuda para seleccionar un especialista u hospital. En algunos casos, su médico puede solicitar que se someta a procedimientos o pruebas de diagnóstico adicionales. En estos casos, su médico necesitará obtener una autorización previa de RiverSpring MAP. Consulte la Sección 2.1 del Capítulo 4 para obtener información sobre los servicios que requieren autorización previa. (Consulte el Capítulo 12 para ver la definición de “Autorización previa”).
- *¿Cuál es el proceso para obtener una autorización previa (AP)?*
 - Su PCP o el especialista necesitarán obtener una “autorización previa” (aprobación anticipada) de RiverSpring MAP (HMO D-SNP) para ciertos servicios. Consulte el Cuadro de beneficios del Capítulo 4 para obtener un listado completo de todos los servicios que requieren autorización previa.
- *¿La selección de un PCP implica quedar limitado a especialistas u hospitales específicos a los que ese PCP hace las derivaciones, es decir, subred, círculos de derivaciones?*
 - La selección de un PCP no lo limita a un grupo específico de especialistas u hospitales. Usted puede usar cualquier especialista u hospital que participe en su red para recibir los servicios. Consulte el Directorio de Proveedores y Farmacias para obtener una lista de los especialistas y hospitales participantes.

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

Es posible que realicemos cambios en relación con los hospitales, médicos y especialistas (proveedores) que forman parte del plan durante el año. Existen varios motivos por los que su proveedor de servicios de salud puede abandonar su plan, pero si su médico o especialista abandonan el plan, usted tendrá determinados derechos y protecciones que se resumen a continuación:

- Si bien nuestra red de proveedores puede cambiar durante el año, Medicare exige que le proporcionemos acceso ilimitado a médicos y especialistas calificados.
- Haremos nuestro mayor esfuerzo para proporcionarle un aviso de al menos 30 días en el que le comunicaremos que su proveedor está por abandonar el plan, para que tenga tiempo de elegir un nuevo proveedor.
- Le ayudaremos a elegir un nuevo proveedor de servicios médicos calificado para seguir gestionando sus necesidades de atención médica.

Capítulo 3. Uso de la cobertura del plan para sus servicios médicos y otros servicios cubiertos

- Si está recibiendo un tratamiento médico, tiene derecho a solicitar, y nosotros colaboraremos con usted para asegurarnos de que no se interrumpa dicho tratamiento que está recibiendo, el que es necesario por razones médicas.
- Si cree que no le hemos proporcionado un proveedor calificado para remplazar a su proveedor, o que no se está administrando su cuidado de forma adecuada, usted tiene el derecho de presentar una apelación sobre nuestra decisión.
- Si sabe que su médico o especialista está por abandonar el plan, comuníquese con nosotros para que podamos ayudarlo a encontrar un nuevo proveedor y a administrar su atención médica.

Para obtener asistencia, llámenos gratis al 1-800-362-2266 (TTY: 711) en el horario de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora del Este, los 7 días de la semana.

Sección 2.4	Cómo recibir atención de proveedores que no forman parte de la red
--------------------	---

El plan cubrirá la atención médica de urgencia o emergencia de un proveedor que no forma parte de la red; esto 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. Su proveedor debe obtener la autorización del plan antes de que usted pueda recibir atención a través de un proveedor fuera de la red.

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

Sección 3.1	Cómo obtener atención en caso de emergencia médica
--------------------	---

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

Una “**emergencia médica**” se presenta cuando usted, o cualquier otra persona prudente con un conocimiento promedio sobre salud y medicina, creen que presenta síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para evitar la muerte, la pérdida de una extremidad o la pérdida de la función de una extremidad. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, lesión, un dolor intenso o problema de salud que empeora rápidamente.

Si tiene una emergencia médica, haga lo siguiente:

- **Busque ayuda con la mayor rapidez posible.** Llame al 911 para pedir ayuda y diríjase a la sala de emergencias u hospital más cercanos. Llame a una ambulancia, en caso de que la necesite. *No* es necesario que primero reciba una autorización o una derivación de su PCP.

Capítulo 3. Uso de la cobertura del plan para sus servicios médicos y otros servicios cubiertos

- **Asegúrese lo antes posible de que el plan haya recibido la notificación sobre su emergencia.** Debemos realizar un seguimiento de su atención médica de emergencia. Usted u otra persona debe llamarnos para avisarnos sobre la atención médica de emergencia, por lo general, en el plazo de 48 horas. *Llame a Servicio al Cliente al 1-800-362-2266 (TTY: 711). Nuestro horario es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora del Este, los 7 días de la semana. Este número de contacto también aparece en la parte de atrás de su tarjeta de identificación de asegurado y en la contraportada de este manual.*

¿Qué está cubierto si tiene una emergencia médica?

Usted puede obtener atención médica de emergencia cubierta cuando la necesite, en cualquier lugar de los Estados Unidos o sus territorios. Nuestro plan cubre servicios de ambulancia cuando el hecho de llegar a una sala de emergencias de cualquier otro modo podría implicar un riesgo para su salud. Para obtener más información, consulte el Cuadro de beneficios del Capítulo 4 de este manual.

En caso de que se presente una emergencia, hablaremos con los médicos que le prestan atención médica de emergencia para colaborar en la dirección y el seguimiento de su atención. Los médicos que le brindan atención médica de emergencia decidirán si su afección se estabilizó y si cesó la emergencia médica.

Una vez que haya cesado la emergencia, tiene derecho a realizar un seguimiento de su afección para asegurarse de que continúa siendo estable. El plan cubrirá su atención de seguimiento. Si su atención médica de emergencia es proporcionada por proveedores que no forman parte de la red, haremos todo lo posible para que los proveedores de la red se hagan cargo de la atención tan pronto como su estado de salud y las circunstancias lo permitan.

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

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

No obstante, una vez que el médico haya confirmado que *no* se trataba de una emergencia, cubriremos la atención adicional *solo* si usted recibe la atención adicional de una de estas dos maneras:

- Obtiene la atención adicional a través de un proveedor que forma parte de la red.
- – *o bien* – La atención adicional que usted recibe se considera “servicios de urgencia” y usted sigue las reglas para obtener esta atención de urgencia (para obtener más información sobre este tema, consulte la Sección 3.2 a continuación).

Capítulo 3. Uso de la cobertura del plan para sus servicios médicos y otros servicios cubiertos**Sección 3.2 Cómo obtener atención en caso de una necesidad urgente de recibir servicios****¿Qué son los “servicios de urgencia”?**

Los “servicios de urgencia” hacen referencia a una enfermedad, lesión o un problema imprevisto que no se trata de una emergencia y que exige atención médica inmediata. Los servicios de urgencia pueden ser prestados por proveedores de la red o no cuando los proveedores de la red no están disponibles o no es posible comunicarse con ellos temporalmente. La enfermedad imprevista podría ser, por ejemplo, una exacerbación imprevista de una enfermedad conocida que padece.

¿Qué sucede si se encuentra en el área de servicio del plan y tiene una necesidad urgente de recibir atención?

Siempre debe tratar de obtener los servicios de urgencia a través de proveedores de la red. Sin embargo, si los proveedores están temporalmente no disponibles o son inaccesibles y no resulta razonable esperar para obtener la atención del proveedor de la red, cuando la red esté disponible, cubriremos los servicios de urgencia que usted reciba a través de un proveedor que no forma parte de la red.

Siempre debe tratar de obtener los servicios de urgencia a través de proveedores de la red. Sin embargo, si los proveedores están temporalmente no disponibles o son inaccesibles y no resulta razonable esperar para obtener la atención del proveedor de la red, cuando la red esté disponible, cubriremos los servicios de urgencia que usted reciba a través de un proveedor que no forma parte de la red. 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. Se debe obtener autorización del plan antes de buscar atención. En este caso, cubriremos estos servicios como si hubiera recibido la atención de un proveedor de la red o sin costo para usted. Si necesita atención de urgencia, llame a su médico de atención primaria (PCP).

¿Qué sucede si se encuentra fuera del área de servicio del plan y tiene una necesidad urgente de recibir atención?

Cuando se encuentra fuera del área de servicio y no puede recibir atención de un proveedor que forma parte de la red, nuestro plan cubrirá los servicios de urgencia que reciba de cualquier proveedor.

Nuestro plan no cubre servicios de emergencia ni de urgencia, ni ningún otro servicio si usted recibe la atención fuera de los Estados Unidos.

Capítulo 3. Uso de la cobertura del plan para sus servicios médicos y otros servicios cubiertos

Sección 3.3 Cómo recibir atención durante una catástrofe

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 un estado de catástrofe o emergencia en su región geográfica, sigue teniendo derecho a recibir atención de su plan.

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

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

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

Sección 4.1 Puede solicitarnos que paguemos los servicios cubiertos

Si pagó por sus servicios cubiertos, o si recibió una factura por servicios médicos cubiertos, consulte el Capítulo 7 (*Cómo solicitarnos que paguemos una factura que recibió por servicios médicos o medicamentos cubiertos*) para obtener información sobre lo que debe hacer.

Sección 4.2 ¿Qué debe hacer si los servicios no están cubiertos por nuestro plan?

RiverSpring MAP (HMO D-SNP) cubre todos los servicios médicos que se consideren médicamente necesarios, que se incluyan en el Cuadro de beneficios del plan (este cuadro se encuentra en el Capítulo 4 de este manual) y se obtengan de conformidad con las reglas del plan. Usted es responsable de pagar el costo total de los servicios que no cubre el plan, ya sea porque se trate de servicios que el plan no cubre o porque se obtuvieron fuera de la red y no fueron autorizados.

Si tiene alguna duda sobre si pagaremos algún tipo de atención o servicio médico que planea obtener, tiene derecho a preguntarnos si lo cubriremos antes de que los reciba. También tiene derecho a preguntarnos por escrito. En caso de que confirmemos que no cubriremos sus servicios, tiene derecho a apelar nuestra decisión de no cubrir su atención.

En el Capítulo 9 (*Qué hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]*), encontrará más información sobre lo que debe hacer si necesita que tomemos una decisión de cobertura o si desea apelar una decisión que hayamos tomado. También puede llamar al Servicio al Cliente para obtener más información (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este manual).

Capítulo 3. Uso de la cobertura del plan para sus servicios médicos y otros servicios cubiertos

Para los servicios cubiertos que tienen un límite en los beneficios, usted paga el costo total de los servicios que reciba después de haber utilizado la totalidad del beneficio para ese tipo de servicio cubierto. RiverSpring MAP (HMO D-SNP) tiene un monto máximo de bolsillo de \$6,700; una vez que ha alcanzado este límite, ya no incurrirá en costos compartidos para sus beneficios cubiertos. Puede llamar al Servicio al Cliente si desea saber cuánto ha utilizado del límite del beneficio.

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

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

Un estudio de investigación clínica (también denominado “ensayo clínico”) es una manera que tienen los médicos y científicos de probar nuevos tipos de atención médica; por ejemplo, para averiguar la eficacia de un nuevo medicamento para el cáncer. Los médicos y científicos prueban nuevos medicamentos o procedimientos de atención médica, para lo cual piden la colaboración de voluntarios para el estudio. Este tipo de estudio constituye una de las etapas finales del proceso de investigación que ayuda a los médicos y científicos a determinar si un nuevo enfoque resulta eficaz y seguro.

No todos los estudios de investigación clínica están abiertos a la participación de los asegurados de nuestro plan. En primer lugar, Medicare debe aprobar el estudio de investigación. Si participa de un estudio que Medicare *no* ha aprobado, *usted será responsable de pagar todos los costos de su participación en el estudio.*

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

Si participa de un estudio aprobado por Medicare, Original Medicare paga la mayor parte de los costos por los servicios cubiertos que reciba como parte del estudio. Mientras participa en un estudio de investigación clínica, puede seguir inscrito en nuestro plan y continuar recibiendo la atención restante (la atención que no esté relacionada con el estudio) a través de nuestro plan.

Si desea participar en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, *no* es necesario que obtenga nuestra aprobación o la de su PCP. Los proveedores médicos que proporcionan su atención como parte del estudio de investigación clínica *no* necesitan formar parte de la red de proveedores médicos de nuestro plan.

Si bien no es necesario que obtenga la autorización de nuestro plan para participar en un estudio de investigación clínica, **sí debe informarnos antes de comenzar a participar en uno.**

Si planea participar en un estudio de investigación clínica, comuníquese con el Servicio al Cliente (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este manual) para informales

Capítulo 3. Uso de la cobertura del plan para sus servicios médicos y otros servicios cubiertos

que participará en un ensayo clínico y para conocer detalles más específicos sobre lo que pagará su plan.

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

Una vez que se inscriba en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, tendrá cobertura para artículos y servicios de rutina que reciba como parte del estudio de investigación, incluidos los siguientes:

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

Original Medicare paga la mayor parte de los costos por los servicios cubiertos que reciba como parte del estudio. Una vez que Medicare haya pagado su parte del costo por estos servicios, nuestro plan pagará el resto. Como ocurre con todos los servicios cubiertos, usted no pagará nada para los servicios cubiertos que recibe en el estudio de investigación clínica.

Para que podamos pagar la parte que nos corresponde de los costos, es necesario que envíe una solicitud de pago. Junto con la solicitud, deberá enviarnos una copia de sus Resúmenes de Medicare u otra documentación en la que se indique qué servicios recibió como parte del estudio. Consulte el Capítulo 7 para obtener más información sobre cómo enviar solicitudes de pago.

Cuando forma parte de un estudio de investigación clínica, **ni Medicare ni nuestro plan pagarán en ninguno de los siguientes casos:**

- Generalmente, Medicare *no* pagará el nuevo artículo o servicio que se evalúe en el estudio, a menos que Medicare cubra dicho artículo o servicio, incluso si usted *no* participara en un estudio.
- Los artículos y servicios que el estudio le proporcione a usted o a cualquier participante de forma gratuita.
- Los artículos o servicios que se proporcionen solo para recopilar datos y que no se utilicen en su atención médica directa. Por ejemplo, Medicare no cubriría tomografías computarizadas mensuales que se realicen como parte del estudio si su problema de salud normalmente exigiera una sola tomografía.

¿Desea obtener más información?

Puede obtener más información sobre cómo participar en un estudio de investigación clínica en la publicación “Medicare y los estudios de investigación clínica” que se encuentra disponible en el sitio web de Medicare (<https://www.medicare.gov>). También puede llamar al 1-800-

Capítulo 3. Uso de la cobertura del plan para sus servicios médicos y otros servicios cubiertos

MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 6 Reglas para obtener atención cubierta en un “centro religioso no médico dedicado a la salud”

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

Un centro religioso no médico dedicado a la salud es un establecimiento en el que se brinda atención para una enfermedad que normalmente se trataría en un hospital o centro de enfermería especializada. Si recibir atención en un hospital o centro de enfermería especializada se opusiera a las creencias religiosas de un asegurado, en su lugar, prestaremos cobertura para su atención en un centro religioso no médico dedicado a la salud. Puede optar por recibir atención médica en cualquier momento y por cualquier motivo. Este beneficio se brinda solo para los servicios para pacientes hospitalizados de la Parte A (servicios de atención no médica). Medicare pagará solo los servicios de atención de salud no médica provistos por instituciones religiosas de atención de salud no médica.

Sección 6.2 ¿Qué tipo de atención de un centro religioso no médico dedicado a la salud cubre nuestro plan?

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

- La atención o el tratamiento médico “no exceptuado” corresponde a la atención o el tratamiento médico *voluntario* y *no obligatorio* según la ley federal, estatal o local.
- La atención o el tratamiento médico “exceptuado” corresponde a la atención o el tratamiento médico *no voluntario* u *obligatorio* según la ley federal, estatal o local.

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

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

Capítulo 3. Uso de la cobertura del plan para sus servicios médicos y otros servicios cubiertos

Se aplican límites para la cobertura hospitalaria para pacientes hospitalizados de Medicare (Consulte los beneficios en el Capítulo 4).

SECCIÓN 7 Reglas de propiedad del equipo médico duradero

Sección 7.1	¿Puede convertirse en propietario del equipo médico duradero después de haber realizado cierta cantidad de pagos conforme a nuestro plan?
--------------------	--

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

En Original Medicare, las personas que alquilan ciertos tipos de DME son propietarias del equipo después de pagar copagos por el artículo durante 13 meses. No obstante, como asegurado de *RiverSpring MAP (HMO D-SNP)*, por lo general no obtendrá la propiedad del DME alquilado independientemente de la cantidad de copagos que pague por el artículo mientras sea asegurado de nuestro plan. En determinadas circunstancias limitadas, transferiremos la propiedad del artículo de DME a usted. Llame al Servicio al Cliente para conocer los requisitos que debe cumplir y la documentación que debe presentar (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este manual).

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

En caso de que no haya obtenido la propiedad del artículo de DME mientras formaba parte de nuestro plan, deberá realizar 13 nuevos pagos consecutivos por el equipo después de cambiarse a Original Medicare para convertirse en propietario del artículo. Los pagos hechos mientras formó parte de nuestro plan no se contemplan como parte de estos 13 pagos consecutivos.

Si realizó menos de 13 pagos por el artículo de DME conforme a Original Medicare *antes* de inscribirse en nuestro plan, estos pagos previos tampoco se contemplan como parte de estos 13 pagos consecutivos. Tiene que realizar 13 pagos consecutivos nuevos después de regresar a Original Medicare a fin de obtener la propiedad del artículo. No hay excepciones para esta situación cuando vuelva a formar parte de Original Medicare.

CAPÍTULO 4

*Cuadro de beneficios (lo que está
cubierto)*

Capítulo 4. Cuadro de beneficios (lo que está cubierto)**Capítulo 4. Cuadro de beneficios (lo que está cubierto)**

SECCIÓN 1	Comprensión de los servicios cubiertos.....	61
Sección 1.1	Usted no paga nada por sus servicios cubiertos	61
Sección 1.2	¿Cuál es el máximo que pagará por los servicios médicos cubiertos de las Partes A y B de Medicare?	61
SECCIÓN 2	Use el <i>Cuadro de beneficios</i> para determinar lo que está cubierto para usted	62
Sección 2.1	Sus beneficios médicos y <i>basados en la comunidad</i> como asegurado del plan	62
Sección 2.2	Beneficios adicionales cubiertos por Medicaid para los asegurados de RiverSpring MAP	96
SECCIÓN 3	¿Qué servicios tienen cobertura fuera de <i>RiverSpring MAP (HMO D-SNP)</i>?.....	100
Sección 3.1	Servicios <i>no</i> cubiertos por <i>RiverSpring MAP (HMO D-SNP)</i>	100
SECCIÓN 4	¿Cuáles son los servicios que no están cubiertos por el plan?	101
Sección 4.1	Servicios <i>no</i> cubiertos por el plan (exclusiones de Medicare)	101

Capítulo 4. Cuadro de beneficios (lo que está cubierto)**SECCIÓN 1 Comprensión de los servicios cubiertos**

Este capítulo se centra en qué servicios están cubiertos. Incluye un Cuadro de beneficios que enumera sus servicios cubiertos como asegurado de *RiverSpring MAP (HMO D-SNP)*. Más adelante en este capítulo, encontrará información sobre los servicios médicos que no están cubiertos. También explica los límites sobre ciertos servicios.

Sección 1.1 Usted no paga nada por sus servicios cubiertos

Debido a que obtiene asistencia de Medicaid, usted no paga nada por sus servicios cubiertos siempre que siga las reglas de los planes para recibir atención. (Consulte el Capítulo 3 para obtener más información sobre las reglas de los planes para obtener atención).

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

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

Sección 1.2 ¿Cuál es el máximo que pagará por los servicios médicos cubiertos de las Partes A y B de Medicare?

Nota: Debido a que nuestros asegurados también obtienen asistencia de Medicaid, son muy pocos los asegurados que alguna vez alcanzan este monto máximo de bolsillo. Usted no es responsable de pagar los gastos de bolsillo que se computan para el monto máximo de bolsillo para los servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B.

Debido a que está inscrito en un plan Medicare Advantage, existe un límite en la cantidad que debe pagar como gasto de bolsillo por año por servicios médicos que están cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare (consulte a continuación el Cuadro de beneficios médicos de la Sección 2). Este límite se denomina el monto máximo de bolsillo por los servicios médicos.

Como asegurado de *RiverSpring MAP (HMO D-SNP)*, el máximo que deberá pagar como gasto de bolsillo para los servicios de la Parte A y la Parte B en 2020 es \$6,700. Los montos que paga por deducibles, copagos y coseguro para los servicios cubiertos se contemplan para este monto máximo de bolsillo. (Los montos que paga por las primas de su plan y por sus medicamentos con receta de la Parte D no se contemplan para su monto máximo de bolsillo. Además, los montos que paga por algunos servicios no se contemplan para su monto máximo de bolsillo. Estos servicios están marcados con un asterisco en el Cuadro de beneficios médicos). Si alcanza el

Capítulo 4. Cuadro de beneficios (lo que está cubierto)

monto máximo de bolsillo de \$6,700, no deberá pagar ningún gasto de bolsillo durante el resto del año para los servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B. Sin embargo, debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare (a menos que Medicaid o un tercero paguen su prima de la Parte B).

SECCIÓN 2 Use el *Cuadro de beneficios* para determinar lo que está cubierto para usted

Sección 2.1 Sus beneficios médicos y basados en la comunidad como asegurado del plan

El Cuadro de beneficios en las siguientes páginas indica los servicios cubiertos por *RiverSpring MAP (HMO D-SNP)*. Los servicios enumerados en el Cuadro de beneficios están cubiertos solo cuando se cumplen los siguientes requisitos de cobertura:

- Sus servicios cubiertos de Medicare y Medicaid tienen que prestarse según las pautas de cobertura establecidas por Medicare y Medicaid.
- Sus servicios (que incluyen atención médica, servicios, suministros y equipos) *tienen* que ser médicamente necesarios. “Médicamente necesario” significa que los servicios, suministros o medicamentos son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su problema de salud y que estos cumplen con los estándares aceptados de la práctica médica.
- Recibe atención de un proveedor que forma parte de la red. En la mayoría de los casos, no se cubrirá la atención que recibe de un proveedor que no forma parte de la red. El Capítulo 3 brinda más información sobre los requisitos para usar proveedores que forman parte de la red y las situaciones en las que cubriremos servicios de un proveedor que no forma parte de la red.
- Tiene un proveedor de atención primaria (un PCP) que le brinda atención y la supervisa.
- Algunos de los servicios enumerados en el Cuadro de beneficios *solo* están cubiertos si su médico u otro proveedor que forma parte de la red obtiene nuestra aprobación por adelantado (a veces se denomina “autorización previa”). Los servicios cubiertos que requieren aprobación por adelantado están marcados con una nota al pie en el Cuadro de beneficios

Otros aspectos importantes que debe conocer sobre nuestra cobertura:

- Usted está cubierto por Medicare y Medicaid: Medicare cubre la atención médica y los medicamentos con receta. Medicaid cubre sus costos compartidos por los servicios de Medicare, incluidos los servicios hospitalarios de atención aguda para pacientes hospitalizados y los servicios hospitalarios psiquiátricos para pacientes hospitalizados. Medicaid también cubre los servicios que Medicare no cubre, como *servicios dentales preventivos y servicios del médico de atención primaria*.

Capítulo 4. Cuadro de beneficios (lo que está cubierto)

- Como todos los planes de salud de Medicare, cubrimos todo lo que cubre Original Medicare. (Si desea obtener más información sobre la cobertura y los costos de Original Medicare, consulte su manual *Medicare y Usted 2020*. Consúltelo en línea en <https://www.medicare.gov> o solicite una copia llamando al 1-800-MEDICARE [1-800-633-4227], las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).
- En el caso de todos los servicios de prevención que están cubiertos sin costo conforme a Original Medicare, también cubrimos el servicio sin costo para usted.
- En ocasiones, Medicare agrega cobertura conforme a Original Medicare de nuevos servicios durante el año. Si Medicare agrega cobertura para algún servicio durante 2020, Medicare o nuestro plan cubrirán esos servicios.
- Si se encuentra dentro del período de 3 meses considerado como continuación de la elegibilidad de nuestro plan, continuaremos proporcionando todos los beneficios de Medicare cubiertos por el plan Medicare Advantage. Sin embargo, durante este período, también continuaremos cubriendo los beneficios de Medicaid que se incluyen de conformidad con este plan. Los montos de los costos compartidos de Medicare para los beneficios básicos y complementarios de Medicare no cambian durante este período.

No tendrá que pagar ningún costo por los servicios enumerados en el Cuadro de beneficios siempre que cumpla con los requisitos de cobertura que se detallaron anteriormente.

 Verá esta manzana al lado de los servicios preventivos que figuran en el Cuadro de beneficios.

Cuadro de beneficios

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que tiene que pagar cuando recibe estos servicios
<p> Examen de detección de aneurisma aórtico abdominal</p> <p>Una única ecografía de detección para personas en riesgo. El plan solo cubre este examen si tiene ciertos factores de riesgo y si obtiene una derivación para este por parte de su médico, asistente médico, enfermero profesional o especialista en enfermería clínica.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para los asegurados elegibles para este examen preventivo.</p>

Capítulo 4. Cuadro de beneficios (lo que está cubierto)

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que tiene que pagar cuando recibe estos servicios
<p>Servicios de ambulancia</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los servicios de ambulancia cubiertos incluyen servicios de ambulancia terrestre y aérea de ala rotatoria y fija hasta el centro correspondiente más cercano que pueda brindar atención médica solamente si se prestan a un asegurado cuyo problema de salud amerita este servicio, ya que otros medios de transporte podrían poner en riesgo la salud de la persona, o si están autorizados por el plan. • Corresponde el transporte que no sea de emergencia en ambulancia si está documentado que el problema del asegurado amerita este servicio, ya que otros medios de transporte podrían poner en riesgo la salud de la persona y dicho transporte es médicamente necesario. 	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para los servicios de ambulancia.</p> <p>Se requiere autorización para los servicios de ambulancia que no sean de emergencia.</p>
<p> Visita de bienestar anual</p> <p>Si tuvo la Parte B durante más de 12 meses, puede realizar una visita de bienestar anual para desarrollar o actualizar un plan de prevención personalizado en función de su salud actual y factores de riesgo. Se cubre una vez cada 12 meses.</p> <p>Nota: Su primera visita de bienestar anual no puede realizarse dentro de los 12 meses de su visita preventiva de “Bienvenida a Medicare”. No obstante, no es necesario que haya realizado una visita de “Bienvenida a Medicare” para que se cubran las visitas de bienestar anual después de haber tenido la Parte B durante 12 meses.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para la visita de bienestar anual.</p>
<p> Examen de densitometría ósea</p> <p>Para las personas elegibles (generalmente, esto significa personas en riesgo de perder masa ósea o en riesgo de tener osteoporosis), los siguientes servicios están cubiertos cada 24 meses o con mayor frecuencia si es médicamente necesario: procedimientos para identificar masa ósea, detectar pérdida ósea o determinar la calidad ósea, incluida la interpretación de los resultados por parte de un médico.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para el examen de densidad ósea cubierto por Medicare.</p>

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

Capítulo 4. Cuadro de beneficios (lo que está cubierto)

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

Capítulo 4. Cuadro de beneficios (lo que está cubierto)

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que tiene que pagar cuando recibe estos servicios
<p> Examen de detección de cáncer colorrectal</p> <p>Para las personas de 50 años y más, se cubre lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sigmoidoscopia flexible (o detección mediante enema de bario como alternativa) cada 48 meses <p>Uno de los siguientes cada 12 meses:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prueba Guaiac de sangre oculta en materia fecal (Guaiac-based fecal occult blood test, gFOBT) • Prueba inmunoquímica fecal (fecal immunochemical test, FIT) <p>Evaluación colorrectal basada en el ADN cada 3 años</p> <p>Para las personas con alto riesgo de padecer cáncer colorrectal, cubrimos lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Colonoscopia de detección (o detección mediante enema de bario como alternativa) cada 24 meses <p>Para las personas sin alto riesgo de padecer cáncer colorrectal, cubrimos lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Colonoscopia de detección cada 10 años (120 meses), pero no en el lapso de 48 meses de una sigmoidoscopia de detección 	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para un examen de detección de cáncer colorrectal cubierto por Medicare.</p> <p>Se requiere autorización para el enema de bario.</p>
<p>Servicios odontológicos</p> <p>En general, los servicios dentales preventivos (como limpiezas, exámenes dentales de rutina y radiografías dentales) no están cubiertos por Original Medicare. Cubrimos lo siguiente:</p> <p>Los servicios dentales cubiertos por Medicaid que incluyen los servicios dentales regulares y de rutina tales como exámenes dentales preventivos, limpiezas, radiografías, empastes, dentaduras postizas y otros servicios para controlar cualquier cambio o anomalía que pueda requerir tratamiento y/o atención de seguimiento para usted.</p>	<p>No hay coseguro para los beneficios dentales cubiertos por Medicare y Medicaid.</p> <p>Se puede requerir autorización.</p>

Capítulo 4. Cuadro de beneficios (lo que está cubierto)

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que tiene que pagar cuando recibe estos servicios
<p> Examen de detección de depresión</p> <p>Cubrimos un examen de detección de depresión por año. El examen de detección debe realizarse en un entorno de atención médica básica que pueda brindar derivaciones y/o tratamiento de seguimiento.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para una visita de detección de depresión anual.</p>
<p> Examen de detección de diabetes</p> <p>Cubrimos este examen de detección (incluye las pruebas de glucemia en ayunas) si tiene alguno de los siguientes factores de riesgo: presión arterial alta (hipertensión), antecedentes de niveles anormales de colesterol y triglicéridos (dislipidemia), obesidad o antecedentes de glucemia alta (glucosa). También es posible que se cubran las pruebas si cumple con otros requisitos, como tener sobrepeso y antecedentes familiares de diabetes.</p> <p>En función de los resultados de estas pruebas, es posible que sea elegible para realizarse hasta dos exámenes de detección de diabetes cada 12 meses.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para los exámenes de detección de diabetes cubiertos por Medicare.</p>

Capítulo 4. Cuadro de beneficios (lo que está cubierto)

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que tiene que pagar cuando recibe estos servicios
<p> Capacitación para el autocontrol de la diabetes, servicios y suministros para diabéticos</p> <p>Para todas las personas que tienen diabetes (que usan y no usan insulina). Los servicios cubiertos incluyen los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Suministros para controlar la glucemia: Monitor de glucosa en sangre, tiras reactivas para medir la glucosa en sangre, dispositivos de lanceta y lancetas, y soluciones para el control de la glucemia para controlar la precisión de las tiras reactivas y los monitores. • Para las personas con diabetes que tienen enfermedad de pie diabético grave: Un par por año calendario de calzados ortopédicos a medida (incluidas las plantillas provistas con dichos calzados) y dos pares adicionales de plantillas o un par de calzados de profundidad y tres pares de plantillas (sin incluir las plantillas extraíbles no a medida proporcionadas con cada calzado). La cobertura incluye el ajuste. • La capacitación para el autocontrol de la diabetes está cubierta con ciertas condiciones. 	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para la capacitación para el autocontrol de la diabetes, los servicios y los suministros para diabéticos cubiertos por Medicare.</p>

Capítulo 4. Cuadro de beneficios (lo que está cubierto)

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que tiene que pagar cuando recibe estos servicios
<p>Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados (Para una definición de “equipo médico duradero”, consulte el Capítulo 12 de este manual).</p> <p>Los artículos incluyen, entre otros, sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para la diabetes, camas de hospital solicitadas por un proveedor para usar en el hogar, bombas de infusión intravenosa (IV), dispositivos generadores de voz, equipos de oxígeno, nebulizadores y andadores.</p> <p>Cubrimos todos los DME médicamente necesarios cubiertos por Original Medicare. Si nuestro proveedor en su área no trabaja con una marca o un fabricante en particular, puede pedirle si puede hacer un pedido especial para usted. La lista más reciente de proveedores se encuentra disponible en nuestro sitio web en www.RiverSpringHealthPlans.org.</p> <p>Por lo general, <i>RiverSpring MAP (HMO D-SNP)</i> cubre cualquier DME cubierto por Original Medicare. Es posible que no cubramos ciertas marcas y ciertos fabricantes, a menos que su médico u otro proveedor nos informen que la marca es apropiada para sus necesidades médicas. Sin embargo, si usted es nuevo en <i>RiverSpring MAP (HMO D-SNP)</i> y usa una marca de DME, continuaremos cubriendo esta marca para usted por un plazo de hasta 90 días. Durante ese tiempo, debería hablar con su médico para decidir qué marca es médicamente apropiada para usted después de este período de 90 días. (Si no está de acuerdo con su médico, puede pedirle que lo derive para obtener una segunda opinión).</p> <p>Si usted (o su proveedor) no están de acuerdo con la decisión de cobertura del plan, usted o su proveedor pueden presentar una apelación. También puede presentar una apelación si no está de acuerdo con la decisión de su proveedor sobre qué producto o qué marca son apropiados para su afección médica. Para obtener más información acerca de las apelaciones, consulte el Capítulo 9, Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas).</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para los productos cubiertos por Medicare y Medicaid.</p> <p>Se necesita autorización para cualquier artículo de DME que cueste \$250 o más.</p>

Capítulo 4. Cuadro de beneficios (lo que está cubierto)

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que tiene que pagar cuando recibe estos servicios
<p>Atención médica de emergencia</p> <p>La atención médica de emergencia se refiere a los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios provistos por un proveedor calificado para proporcionar servicios de emergencia. • Servicios necesarios para evaluar o estabilizar un estado de salud. <p>Una emergencia médica se presenta cuando usted, o cualquier otra persona prudente con un conocimiento promedio sobre salud y medicina, creen que presenta síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para evitar la muerte, la pérdida de una extremidad o la pérdida de la función de una extremidad. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, lesión, un dolor intenso o problema de salud que empeora rápidamente.</p> <p>Los costos compartidos de los servicios de emergencia necesarios prestados por proveedores que no forman parte de la red son los mismos que tendrían si fueran prestados por proveedores que forman parte de la red.</p> <p>La atención médica de emergencia tiene cobertura solo dentro de los Estados Unidos y sus territorios.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para la atención médica de emergencia.</p> <p>Si recibe atención médica de emergencia en un hospital que no forma parte de la red y necesita atención médica para pacientes hospitalizados una vez que su afección de emergencia se ha estabilizado, debe volver a un hospital que forme parte de la red para continuar con la cobertura de su atención o recibir su atención para pacientes hospitalizados en el hospital que no forma parte de la red autorizado por el plan y su gasto es el mismo costo compartido que pagaría en un hospital que forma parte de la red.</p>
<p>Servicios de audición</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><i>Los productos y servicios de audición de Medicaid se cubren cuando son médicamente necesarios para atenuar la discapacidad causada por la pérdida o disminución de la audición. Los servicios incluyen selección, prueba y entrega de audífonos; controles de los audífonos después de la entrega; evaluaciones de conformidad y reparación de audífonos; servicios de audiología que incluyen exámenes y pruebas; evaluaciones y recetas de audífonos; y productos para la audición, que incluyen audífonos, moldes auditivos, pruebas especiales y piezas de repuesto.</i></p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para los servicios de audición.</p> <p>Se requiere autorización.</p>

Capítulo 4. Cuadro de beneficios (lo que está cubierto)

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que tiene que pagar cuando recibe estos servicios
<p> Examen de detección de VIH</p> <p>Para personas que solicitan un examen de detección de VIH o que tienen mayor riesgo de infección por VIH, cubrimos lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un examen de detección cada 12 meses <p>Para mujeres embarazadas, cubrimos lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hasta tres exámenes de detección durante un embarazo 	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para los asegurados elegibles para el examen de detección de VIH preventivo cubierto por Medicare.</p>
<p>Agencia de atención médica a domicilio</p> <p>Antes de recibir atención médica a domicilio, un médico debe certificar que usted necesita atención médica a domicilio y solicitar que dicha atención médica sea provista por una agencia de atención médica a domicilio. Debe estar confinado a su hogar, lo que significa que abandonar su hogar es un esfuerzo mayor. Los servicios cubiertos por el plan incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de enfermería especializada de tiempo parcial o intermitente y servicios de asistencia médica en el hogar (cubiertos conforme al beneficio de atención médica a domicilio, sus servicios combinados de enfermería especializada y de asistencia médica a domicilio deben ser de menos de 8 horas por día y 35 horas por semana) • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla • Servicios médicos y sociales • Suministros y equipos médicos 	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para los servicios de una agencia de atención médica a domicilio. Se requiere autorización.</p>

Capítulo 4. Cuadro de beneficios (lo que está cubierto)**Atención para pacientes con enfermedades terminales**

Puede recibir atención de cualquier programa para pacientes con enfermedades terminales certificado por Medicare. Usted es elegible para recibir los beneficios para pacientes con enfermedades terminales cuando su médico y el director médico del centro para pacientes con enfermedades terminales le hayan indicado un pronóstico terminal en el que se certifica que usted tiene una enfermedad terminal y tiene una esperanza de vida de 6 meses o menos si su enfermedad sigue su curso normal. Su médico de atención para enfermedades terminales puede ser un proveedor de la red o un proveedor que no pertenezca a la red. Los servicios cubiertos incluyen los siguientes:

- Medicamentos para el control de síntomas y el alivio del dolor
- Atención de relevo a corto plazo
- Atención domiciliaria

Para los servicios para pacientes con enfermedades terminales y los servicios cubiertos por las Partes A o B de Medicare y que no estén relacionados con su pronóstico terminal: Original Medicare (en lugar de nuestro plan) pagará sus servicios de atención para pacientes con enfermedades terminales relacionados con su pronóstico terminal. Mientras esté en el programa de atención para pacientes con enfermedades terminales, su proveedor de atención para pacientes con enfermedades terminales será Original Medicare respecto de los servicios cubiertos por dicho programa.

Para los servicios cubiertos por las Partes A o B de Medicare y que no estén relacionados con su pronóstico terminal: Si necesita servicios que no sean de casos de emergencia ni que se necesiten con urgencia, que estén cubiertos por las Partes A o B de Medicare y que no estén relacionados con su pronóstico terminal, los costos de estos servicios dependen de si utiliza un proveedor de nuestra red del plan:

- Si recibe los servicios cubiertos de un proveedor que forma parte de la red, solo paga el monto del costo compartido del plan para los servicios que forman parte de la red.
- Si recibe los servicios cubiertos de un proveedor que no forma parte de la red, usted paga el costo compartido establecido en los Honorarios por servicio de Medicare (Original Medicare).

Para los servicios cubiertos por RiverSpring MAP (HMO D-SNP) pero que no están cubiertos por la Parte A o B de Medicare: RiverSpring MAP (HMO D-SNP) continuará brindando cobertura para los servicios cubiertos por el plan que la Parte A o B no cubran, estén o no relacionados con su

Cuando se inscribe en un programa de servicios para pacientes con enfermedades terminales certificado por Medicare, Original Medicare paga los servicios para pacientes con enfermedades terminales y los servicios de la Parte A y B relacionados con su pronóstico terminal en lugar de RiverSpring MAP (HMO D-SNP).

RiverSpring MAP (HMO D-SNP) pagará una visita de consulta antes de que usted seleccione la atención para pacientes con enfermedades terminales.

RiverSpring MAP (HMO D-SNP) cubre los servicios de consulta sobre atención para enfermos terminales (solo una vez) para una persona con una enfermedad terminal que no haya seleccionado el beneficio para pacientes con enfermedades terminales.

Capítulo 4. Cuadro de beneficios (lo que está cubierto)

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

Capítulo 4. Cuadro de beneficios (lo que está cubierto)

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que tiene que pagar cuando recibe estos servicios
<p>Atención hospitalaria para pacientes hospitalizados</p> <p>Incluye hospitales de atención a largo plazo, rehabilitación para pacientes hospitalizados, atención aguda para pacientes hospitalizados y otros tipos de servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados. La atención hospitalaria para pacientes hospitalizados comienza el día en el que es admitido formalmente en el hospital con la orden de un médico. El día anterior a que le den el alta es su último día como paciente hospitalizado.</p> <p><i>La atención hospitalaria para pacientes hospitalizados se brinda para servicios médicamente necesarios hasta 365 días por año (366 en un año bisiesto). Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:</i> Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Habitación compartida (o privada si es médicamente necesario). • Comidas, incluidas dietas especiales. • Servicios de enfermería regular. • Costos de unidades de cuidados especiales (como las unidades de cuidados intensivos o las unidades de cuidados coronarios). • Fármacos y medicamentos. • Análisis de laboratorio. • Radiografías y otros servicios radiológicos. • Suministros quirúrgicos y médicos necesarios. • Uso de aparatos, como sillas de ruedas. • Costos del quirófano y la sala de recuperación. • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla y del lenguaje. • Servicios por abuso de sustancias para pacientes hospitalizados. 	<p>No hay copagos ni deducibles para la atención hospitalaria para pacientes hospitalizados.</p> <p>Se requiere autorización para la atención hospitalaria que no sea de emergencia para pacientes hospitalizados.</p>

Capítulo 4. Cuadro de beneficios (lo que está cubierto)**Atención hospitalaria para pacientes hospitalizados (continuación)**

- En ciertas condiciones, los siguientes tipos de trasplantes están cubiertos: córnea, riñón, riñón-páncreas, corazón, hígado, pulmón, corazón/pulmón, médula espinal, células madre e intestinal/multivisceral. Si necesita un trasplante, coordinaremos con un centro de trasplante aprobado por Medicare para que revise su caso y decida si es candidato para un trasplante. Los proveedores que realicen el trasplante pueden ser locales o externos al área de servicio. Si nuestros servicios de trasplante dentro de la red están fuera del patrón de atención de la comunidad, usted puede elegir recibir atención a nivel local siempre que los proveedores de trasplante locales acepten la tarifa de Original Medicare. Si *RiverSpring MAP (HMO D-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.
- Análisis de sangre, incluido el almacenamiento y la administración. La cobertura de los análisis de sangre completa y concentrado de eritrocitos solo comienza con la cuarta pinta de sangre que necesita; debe pagar los costos de las primeras 3 pintas de sangre que obtiene en un año calendario, o bien, usted u otra persona deben donar la sangre. Todos los demás hemoderivados están cubiertos a partir de la primera pinta usada.
- Servicios del médico

Si obtiene atención médica autorizada para pacientes hospitalizados en un hospital que no forma parte de la red una vez que su condición de emergencia se ha estabilizado, su costo es el costo compartido que pagaría en un hospital que forma parte de la red.

Nota: Para ser paciente hospitalizado, su proveedor debe emitir una orden para ingresarlo de manera formal como paciente hospitalizado del hospital. Incluso si permanece una noche en el hospital, igualmente se lo puede considerar “paciente ambulatorio”. Si no está seguro de si es paciente hospitalizado o ambulatorio, debe preguntarle al personal del hospital.

También puede obtener más información en la hoja de datos de Medicare llamada “¿Es usted un paciente hospitalizado o ambulatorio? Si está inscrito en Medicare, ¡pregunte!”. Esta hoja de datos está disponible en el sitio web

[https://www.medicare.gov/sites/default/files/2018-09/11435-](https://www.medicare.gov/sites/default/files/2018-09/11435-Are-You-an-Inpatient-or-Outpatient.pdf)

[Are-You-an-Inpatient-or-Outpatient.pdf](https://www.medicare.gov/sites/default/files/2018-09/11435-Are-You-an-Inpatient-or-Outpatient.pdf) o llamando al 1-800-

MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben

llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar las 24 horas del día, los

7 días de la semana y la llamada es gratuita.

Capítulo 4. Cuadro de beneficios (lo que está cubierto)

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que tiene que pagar cuando recibe estos servicios
<p>Atención de la salud mental como paciente hospitalizado</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los servicios cubiertos por el plan incluyen servicios de atención de la salud mental que requieran una internación. • Los beneficiarios de Medicare solo pueden recibir un límite de por vida de 190 días para los servicios de pacientes hospitalizados en un hospital psiquiátrico. • Los servicios en hospitales psiquiátricos para pacientes hospitalizados cuentan para el límite de por vida de 190 días solo si se cumplen ciertas condiciones. • El límite de 190 días no se aplica a los servicios psiquiátricos para pacientes hospitalizados que proporciona un hospital general. • Usted es elegible para recibir beneficios adicionales para la salud mental de Medicaid. 	<p>No hay copago ni deducible para la atención de la salud mental para pacientes hospitalizados cubierta por Medicare.</p> <p>Se requiere autorización.</p>

Capítulo 4. Cuadro de beneficios (lo que está cubierto)

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que tiene que pagar cuando recibe estos servicios
<p>Internación para pacientes hospitalizados: Servicios cubiertos recibidos en un hospital o centro de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF) durante una internación para pacientes hospitalizados no cubierta</p> <p>Si ha agotado sus beneficios para pacientes hospitalizados o si la internación para pacientes hospitalizados no es razonable ni necesaria, no la cubriremos. Sin embargo, en algunos casos, cubriremos determinados servicios que reciba mientras usted está en el hospital o el centro de enfermería especializada (SNF). Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios del médico • Pruebas de diagnóstico (como análisis de laboratorio) • Radiografías, terapia con radio e isótopo, incluidos materiales y servicios técnicos • Apósitos quirúrgicos • Férulas, yesos y otros dispositivos usados para reducir fracturas y dislocaciones • Prótesis y equipos de órtesis (que no sean dentales) que reemplazan en forma total o parcial un órgano del cuerpo (incluido el tejido adyacente), o que reemplazan en forma total o parcial la función de un órgano del cuerpo que no funciona o funciona mal de manera permanente, incluido el reemplazo o la reparación de dichos equipos • Aparatos para la pierna, el brazo, la espalda y el cuello; bragueros y piernas, brazos y ojos artificiales, incluidos los ajustes, las reparaciones y los reemplazos necesarios debido a la rotura, el desgaste, la pérdida o un cambio en la condición física del paciente • Fisioterapia, terapia del habla y terapia ocupacional 	<p>Si usted recibe servicios en un hospital o un centro de enfermería especializada de la red, no hay deducible ni copago para los servicios indicados en esta sección.</p> <p>Se requiere autorización para ciertos servicios/productos.</p>

Capítulo 4. Cuadro de beneficios (lo que está cubierto)

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que tiene que pagar cuando recibe estos servicios
<p> Terapia de nutrición médica</p> <p>Este beneficio es para las personas con diabetes o con enfermedad renal (pero que no estén recibiendo diálisis), o luego de un trasplante de riñón cuando lo ordene su médico.</p> <p>Cubrimos 3 horas de servicios de terapia individual durante el primer año que recibe servicios de terapia de nutrición médica en virtud de Medicare (esto incluye nuestro plan, cualquier otro plan Medicare Advantage o de Original Medicare) y, en lo sucesivo, 2 horas por año. Si su enfermedad, tratamiento o diagnóstico cambian, podrá recibir más horas de tratamiento con la orden de un médico. El médico debe recetar estos servicios y renovar la orden médica todos los años si su tratamiento es necesario en el próximo año calendario.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para los asegurados elegibles para los servicios de terapia de nutrición médica cubiertos por Medicare.</p>
<p> Programa de prevención de la diabetes de Medicare (MDPP)</p> <p>Los servicios del Programa de prevención de la diabetes de Medicare (Medicare Diabetes Prevention Program, MDPP) estarán cubiertos para los beneficiarios elegibles de Medicare conforme a los planes de salud de Medicare.</p> <p>El MDPP es una intervención de cambios del comportamiento de salud estructurado que brinda capacitación práctica en cambios de alimentación a largo plazo, incremento de la actividad física y estrategias para solucionar problemas a fin de superar los desafíos de bajar de peso y lograr un estilo de vida saludable.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para el beneficio del MDPP.</p>

Capítulo 4. Cuadro de beneficios (lo que está cubierto)

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que tiene que pagar cuando recibe estos servicios
<p>Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare</p> <p>Estos medicamentos están cubiertos por la Parte B de Original Medicare. Los asegurados de nuestro plan reciben cobertura para estos medicamentos a través de nuestro plan. Los medicamentos cubiertos incluyen los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos que no suelen ser autoadministrados por el paciente y que son inyectados o infundidos mientras recibe servicios de un médico, hospitalarios para pacientes ambulatorios o en un centro quirúrgico para pacientes ambulatorios. • Medicamentos que toma mediante equipo médico duradero (como nebulizadores) que fueron autorizados por el plan. • Factores de coagulación que se autoadministran por inyección si tiene hemofilia. • Medicamentos inmunosupresores, si estaba inscrito en la Parte A de Medicare al momento en que se efectuó el trasplante de órganos. • Medicamentos inyectables para la osteoporosis si usted no puede salir de su hogar, tiene una fractura de hueso que un médico certifique que se debió a la osteoporosis posterior a la menopausia y no puede administrarse usted mismo el medicamento. • Antígenos. • Ciertos fármacos anticancerosos orales y fármacos para las náuseas. • Ciertos medicamentos para la diálisis en el hogar, como la heparina, el antídoto para la heparina cuando sea necesario desde el punto de vista médico, la anestesia local y los agentes estimulantes de la eritropoyesis (como Epogen®, Procrit® y Aranesp®). • Inmunoglobulina intravenosa para el tratamiento en el hogar de las enfermedades por deficiencia inmunitaria. <p>El Capítulo 5 explica el beneficio de medicamentos con receta de la Parte D, incluidas las normas que debe seguir para que los medicamentos con receta estén cubiertos.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para los asegurados elegibles para los medicamentos con receta de la Parte B de Medicare.</p> <p>Se requiere autorización para ciertos productos.</p>

Capítulo 4. Cuadro de beneficios (lo que está cubierto)

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que tiene que pagar cuando recibe estos servicios
<p> Examen de detección de obesidad y terapia para fomentar el mantenimiento de la pérdida de peso</p> <p>Si tiene un índice de masa muscular de 30 o más, cubrimos la terapia intensiva para ayudarlo a perder peso. Esta terapia está cubierta si la obtiene en un entorno de atención médica básica, donde se pueda coordinar con su plan de prevención completo. Hable con su médico de atención primaria o con un profesional para obtener más información.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para el examen de detección de obesidad preventivo y la terapia.</p>
<p>Servicios del Programa para el tratamiento con opioides</p> <p>Los servicios de tratamiento para trastornos por uso de opioides están cubiertos de conformidad con la Parte B de Original Medicare. Los asegurados de nuestro plan reciben cobertura para estos servicios a través de nuestro plan. Los servicios cubiertos incluyen los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos para el tratamiento antagonista y agonista de opioides aprobados por la FDA y para la administración de dichos medicamentos, si corresponde. • Asesoramiento sobre el uso de sustancias • Terapia individual y de grupo • Pruebas de toxicología 	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para los asegurados elegibles para servicios de tratamiento con opioides.</p> <p>Se requiere autorización</p>

Capítulo 4. Cuadro de beneficios (lo que está cubierto)

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que tiene que pagar cuando recibe estos servicios
<p>Pruebas de diagnóstico y servicios y suministros terapéuticos ambulatorios</p> <p>Los servicios cubiertos por el plan incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Radiografías • Radioterapia (con radio e isótopo), incluidos suministros y materiales técnicos • Suministros quirúrgicos, como apósitos • Férulas, yesos y otros dispositivos usados para reducir fracturas y dislocaciones • Análisis de laboratorio • Análisis de sangre, incluido el almacenamiento y la administración. La cobertura de los análisis de sangre completa y concentrado de eritrocitos solo comienza con la cuarta pinta de sangre que necesita; debe pagar los costos de las primeras 3 pintas de sangre que obtiene en un año calendario, o bien, usted u otra persona deben donar la sangre. Todos los demás hemoderivados están cubiertos a partir de la primera pinta usada. • Otras pruebas de diagnóstico ambulatorias 	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para las pruebas de diagnóstico y los servicios y suministros terapéuticos ambulatorios.</p> <p>Se requiere autorización solo para ciertos servicios/productos.</p> <p>Los análisis de laboratorio, como los análisis de sangre <u>no</u> requieren autorización.</p>

Capítulo 4. Cuadro de beneficios (lo que está cubierto)

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que tiene que pagar cuando recibe estos servicios
<p>Observación hospitalaria ambulatoria</p> <p>Los servicios de observación son servicios de observación hospitalaria ambulatorios suministrados para determinar si usted necesita ser admitido como paciente hospitalizado o si puede ser dado de alta.</p> <p>Para que los servicios de observación hospitalaria ambulatorios sean cubiertos, deben cumplir con los criterios de Medicare y deben considerarse razonables y necesarios. Los servicios de observación solamente se cubren cuando se proveen por orden de un médico u otra persona autorizada por la ley de licenciatura estatal y los estatutos del personal del hospital para admitir pacientes al hospital o para ordenar pruebas para pacientes ambulatorios.</p> <p>Nota: A menos que el proveedor le emita una orden para admitirlo como paciente hospitalizado, usted es un paciente ambulatorio y paga los montos de costo compartido para los servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios. Incluso si permanece una noche en el hospital, igualmente se lo puede considerar “paciente ambulatorio”. Si no está seguro de ser un paciente ambulatorio, consulte al personal del hospital.</p> <p>También puede obtener más información en la hoja de datos de Medicare llamada “¿Es usted un paciente hospitalizado o ambulatorio? Si está inscrito en Medicare, ¡pregunte!”. Esta hoja de datos está disponible en el sitio web https://www.medicare.gov/sites/default/files/2018-09/11435-Are-You-an-Inpatient-or-Outpatient.pdf o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar las 24 horas del día, los 7 días de la semana y la llamada es gratuita.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para los servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios.</p> <p>Se requiere autorización para ciertos servicios/productos.</p>

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que tiene que pagar cuando recibe estos servicios
<p>Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios</p> <p>Cubrimos servicios médicamente necesarios que obtiene en el departamento para pacientes ambulatorios del hospital para el diagnóstico o tratamiento de una enfermedad o lesión.</p> <p>Los servicios cubiertos por el plan incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none">• Servicios en un departamento de emergencias o clínica para pacientes ambulatorios, como servicios de observación o cirugía para pacientes ambulatorios• Análisis de laboratorio y pruebas de diagnóstico facturadas por el hospital• Atención de la salud mental, incluida la atención médica en un programa de hospitalización parcial, si un médico certifica que sería necesario el tratamiento para pacientes hospitalizados sin esta• Radiografías y otros servicios radiológicos facturados por el hospital• Suministros médicos, como férulas y yesos• Ciertos medicamentos y productos biológicos que no puede autoadministrarse <p>Nota: A menos que el proveedor le emita una orden para admitirlo como paciente hospitalizado, usted es un paciente ambulatorio y paga los montos de costo compartido para los servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios. Incluso si permanece una noche en el hospital, igualmente se lo puede considerar “paciente ambulatorio”. Si no está seguro de ser un paciente ambulatorio, consulte al personal del hospital.</p> <p>También puede obtener más información en la hoja de datos de Medicare llamada “¿Es usted un paciente hospitalizado o ambulatorio? Si está inscrito en Medicare, ¡pregunte!”. Esta hoja de datos está disponible en el sitio web https://www.medicare.gov/sites/default/files/2018-09/11435-Are-You-an-Inpatient-or-Outpatient.pdf o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar las 24 horas del día, los 7 días de la semana y la llamada es gratuita.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para los servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios.</p> <p>Se requiere autorización para ciertos servicios/productos.</p>

Capítulo 4. Cuadro de beneficios (lo que está cubierto)

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que tiene que pagar cuando recibe estos servicios
<p>Atención de la salud mental para pacientes ambulatorios</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen los siguientes:</p> <p>Servicios de salud mental provistos por un psiquiatra o médico autorizado por el estado, psicólogo clínico, trabajador social clínico, especialista en enfermería clínica, enfermero profesional, asistente médico u otros profesionales de la salud mental calificados por Medicare según las leyes estatales correspondientes.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para la atención de la salud mental para los pacientes ambulatorios.</p> <p>Se requiere autorización.</p>
<p>Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios</p> <p>Los servicios cubiertos por el plan incluyen los siguientes: fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla y del lenguaje.</p> <p>Los servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios son provistos en varios entornos para pacientes ambulatorios, como departamentos hospitalarios para pacientes ambulatorios, consultorios de terapeutas independientes y Centros de Rehabilitación Integral para Pacientes Ambulatorios (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facilities, CORF).</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para la terapia ocupacional, fisioterapia y terapia del habla y del lenguaje.</p> <p>Se requiere autorización.</p>
<p>Servicios por abuso de sustancias para pacientes ambulatorios</p> <p><i>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Sesiones individuales y grupales para asesoramiento o terapia. • Tratamiento para el consumo inapropiado de alcohol o drogas. • Asesoramiento familiar según sea necesario para ayudar con el tratamiento. 	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para cada sesión de terapia individual y grupal cubierta por Medicare.</p> <p>Se requiere autorización</p>

Capítulo 4. Cuadro de beneficios (lo que está cubierto)

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que tiene que pagar cuando recibe estos servicios
<p>Cirugía para pacientes ambulatorios, incluidos servicios suministrados en centros hospitalarios para pacientes ambulatorios y centros quirúrgicos para pacientes ambulatorios</p> <p>Nota: Si se someterá a una cirugía en un centro hospitalario, debe consultar a su proveedor para saber si usted será un paciente ambulatorio u hospitalizado. A menos que el proveedor le emita una orden para admitirlo como paciente hospitalizado, usted es un paciente ambulatorio y paga los montos de costo compartido por la cirugía para pacientes ambulatorios. Incluso si permanece una noche en el hospital, igualmente se lo puede considerar “paciente ambulatorio”.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para la cirugía para pacientes ambulatorios.</p> <p>Se requiere autorización.</p>
<p>Artículos de venta libre (OTC) relacionados con la salud</p> <p>Los artículos de OTC cubiertos pueden comprarse únicamente para el asegurado. El asegurado 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 \$140 cada mes para comprar ciertos productos de venta libre.</p> <p>Los dólares otorgados para el beneficio de productos de venta libre no pueden transferirse al mes siguiente.</p>
<p>Servicios de hospitalización parcial</p> <p>“Hospitalización parcial” es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo proporcionado como un servicio hospitalario para pacientes ambulatorios o por un centro comunitario de salud mental, que es más intenso que la atención recibida en el consultorio de su médico o terapeuta, y que es una alternativa para la hospitalización de pacientes.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para la cirugía para pacientes ambulatorios.</p> <p>Se requiere autorización.</p>

Capítulo 4. Cuadro de beneficios (lo que está cubierto)

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que tiene que pagar cuando recibe estos servicios
<p>Servicios del médico/profesional, incluidas las visitas en el consultorio del médico</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de atención médica o cirugía médicamente necesarios brindados en el consultorio del médico, centro quirúrgico certificado para pacientes ambulatorios, departamento del hospital para pacientes ambulatorios u otro lugar • Consulta, diagnóstico y tratamiento de un especialista • Exámenes básicos de audición y equilibrio efectuados por su PCP, si su médico lo solicita para saber si usted necesita tratamiento médico • Segunda opinión de otro proveedor que forma parte de la red antes de la cirugía • Atención dental no de rutina (los servicios cubiertos están limitados a la cirugía de mandíbula o estructuras relacionadas, a la reducción de fracturas de la mandíbula o huesos faciales, a la extracción de piezas dentales para preparar la mandíbula para tratamientos de radiación para el cáncer neoplásico, o servicios que estarían cubiertos si los suministrara un médico). 	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para estos servicios.</p> <p>No necesita una derivación para una visita al consultorio de un especialista proveedor del plan.</p> <p>Se requiere autorización para los servicios de médicos especialistas.</p>
<p>Servicios de podiatría</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • El diagnóstico y el tratamiento médico o quirúrgico de lesiones y enfermedades de los pies (como el dedo en martillo o espolones de talón). • Atención de rutina de los pies para asegurados con ciertos problemas de salud que afecten las extremidades inferiores. 	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para los servicios de podiatría.</p> <p>Se requiere autorización.</p>
<p> Exámenes de detección de cáncer de próstata</p> <p>Para hombres mayores de 50 años, los servicios cubiertos por el plan incluyen lo siguiente (una vez cada 12 meses):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Examen de tacto rectal • Prueba del antígeno específico de la próstata (Prostate Specific Antigen, PSA) 	<p>No hay coseguro, copago o deducible por una prueba de PSA anual.</p>

Capítulo 4. Cuadro de beneficios (lo que está cubierto)

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

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que tiene que pagar cuando recibe estos servicios
<p> Examen de detección de cáncer de pulmón con tomografía computarizada de baja dosis (LDCT)</p> <p>Para las personas que cumplen con los requisitos, se cubre un examen de detección de cáncer de pulmón con tomografía computarizada de baja dosis (lung cancer with low dose computed tomography, LDCT) cada 12 meses.</p> <p>Los asegurados elegibles son los siguientes: personas de entre 55 y 77 años que no tengan signos ni síntomas de cáncer de pulmón pero que tengan antecedentes de consumo de tabaco de al menos 30 paquetes-año y que fumen actualmente, o que hayan dejado de fumar en los últimos 15 años, que reciban una orden por escrito para una LDCT durante una visita de asesoría y toma de decisiones compartida sobre cáncer de pulmón que cumpla con los criterios de Medicare para dichas visitas y sea prestada por un médico o un profesional calificado que no sea médico.</p> <p><i>Para las evaluaciones de cáncer de pulmón con LDCT después de la prueba de detección inicial de LDCT:</i> el asegurado debe recibir una orden por escrito para la evaluación de cáncer de pulmón con LDCT, que puede ser prestada durante cualquier visita adecuada a un médico o profesional calificado que no sea médico. Si un médico o profesional calificado que no sea médico deciden proporcionar una visita de asesoría y toma de decisiones compartida sobre cáncer de pulmón para evaluaciones de cáncer de pulmón subsiguientes con LDCT, la visita debe cumplir con los requisitos de Medicare para dichas visitas.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para la visita de asesoría y toma de decisiones compartida cubierta por Medicare o para la LDCT.</p>

Capítulo 4. Cuadro de beneficios (lo que está cubierto)

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que tiene que pagar cuando recibe estos servicios
<p> Exámenes de detección de enfermedades de transmisión sexual (ETS) y terapia para prevenirlas</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 momentos determinados durante el embarazo.</p> <p>También cubrimos hasta 2 sesiones de terapia de conducta de alta intensidad, individuales, de 20 a 30 minutos, por año, para adultos sexualmente activos con mayor riesgo de ETS. Solo cubrimos estas sesiones de terapia como servicio preventivo si las suministra un proveedor de atención primaria y si tienen lugar en un entorno de atención médica básica como el consultorio de un médico.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para el beneficio preventivo de exámenes de detección de ETS y terapia para ETS cubiertos por Medicare.</p>

Capítulo 4. Cuadro de beneficios (lo que está cubierto)

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que tiene que pagar cuando recibe estos servicios
<p>Servicios para tratamiento de enfermedades renales</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de educación sobre enfermedad renal para enseñar el cuidado renal y ayudar a los asegurados a tomar decisiones informadas sobre su atención. Para asegurados con enfermedad renal crónica en etapa IV derivados por su médico, cubrimos hasta seis sesiones de servicios de educación sobre enfermedad renal para toda la vida. • Tratamientos de diálisis para pacientes ambulatorios (incluidos los tratamientos de diálisis cuando se está temporalmente fuera del área de servicio, como se explicó en el Capítulo 3) • Tratamientos de diálisis para pacientes hospitalizados (si lo admiten como paciente hospitalizado en un hospital para cuidados médicos especializados) • Capacitación de autodiálisis (incluye la capacitación para usted y una persona que lo ayude con sus tratamientos de diálisis en el hogar) • Equipo y suministros para diálisis domiciliaria • Ciertos servicios de apoyo en el hogar (como, cuando sea necesario, visitas de empleados capacitados en diálisis para verificar su diálisis en el hogar, para ayudar en caso de emergencia, y para verificar sus suministros de agua y equipo de diálisis) <p>Ciertos medicamentos para diálisis están cubiertos por su beneficio de medicamentos de la Parte B de Medicare. Si desea información sobre cobertura para los medicamentos de la Parte B, ingrese en la sección “Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare”.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para los servicios de educación sobre enfermedad renal cubiertos por Medicare.</p>

Capítulo 4. Cuadro de beneficios (lo que está cubierto)

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que tiene que pagar cuando recibe estos servicios
<p>Atención en un centro de enfermería especializada (SNF) (Para la definición de “atención en un centro de enfermería especializada”, consulte el Capítulo 12 de este manual. Los centros de enfermería especializada a veces se denominan “SNF”).</p> <p><i>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:</i></p> <p>Habitación compartida (o privada si es médicamente necesario)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Comidas, incluidas dietas especiales • Servicios de enfermería especializada • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla • Medicamentos que se le administren como parte de su plan de atención (esto incluye sustancias naturalmente presentes en el cuerpo, como los factores de coagulación de la sangre) • Análisis de sangre, incluido el almacenamiento y la administración. La cobertura de los análisis de sangre completa y concentrado de eritrocitos solo comienza con la cuarta pinta de sangre que necesita; debe pagar los costos de las primeras 3 pintas de sangre que obtiene en un año calendario, o bien, usted u otra persona deben donar la sangre. Todos los demás hemoderivados están cubiertos a partir de la primera pinta usada. • Suministros médicos y quirúrgicos generalmente suministrados por SNF • Análisis de laboratorio que brindan en general los SNF • Radiografías y otros servicios de radiología que brindan en general los SNF • Uso de aparatos, como sillas de ruedas, que brindan en general los SNF • Servicios del médico/profesional <p>En general, recibirá su atención en centros de enfermería especializada que forman parte de la red. No obstante, en ciertas condiciones, que se enumeran a continuación, puede obtener su atención de un centro que no sea proveedor de la red, si el centro acepta los montos de pago de nuestro plan.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un hogar de atención médica especializada o comunidad de atención continua para personas mayores donde estaba viviendo justo antes de ir al hospital (siempre que brinde atención de centro de enfermería especializada). • Un SNF donde viva su cónyuge al momento en que usted abandona el hospital. 	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para la atención cubierta en un centro de enfermería especializada.</p> <p>Se requiere autorización.</p>

Capítulo 4. Cuadro de beneficios (lo que está cubierto)

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que tiene que pagar cuando recibe estos servicios
<p> Servicios para dejar de fumar (terapia para dejar de fumar o consumir tabaco)</p> <p><u>Si consume tabaco pero no tiene signos o síntomas de enfermedad relacionada con el tabaco:</u> Cubrimos dos intentos de dejar de fumar 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 toma medicamentos que puedan ser afectados por el tabaco:</u> Cubrimos los servicios de terapia para dejar de fumar. 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 hay coseguro, copago ni deducible para los beneficios preventivos para dejar de fumar cubiertos por Medicare</p>

Capítulo 4. Cuadro de beneficios (lo que está cubierto)

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que tiene que pagar cuando recibe estos servicios
<p>Terapia con ejercicios supervisados (SET)</p> <p>La terapia SET está cubierta para los asegurados que tienen Enfermedad Arterial Periférica (PAD) y una derivación para PAD de un médico responsable del tratamiento de PAD.</p> <p>Se cubre un máximo de 36 sesiones para un período de 12 semanas si se cumplen los requisitos del programa SET.</p> <p>El programa SET debe:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Estar compuesto de sesiones que duren de 30 a 60 minutos, que incluyan un programa de entrenamiento de ejercicios terapéuticos para PAD en pacientes con claudicación • Realizarse en un hospital para pacientes ambulatorios o en un consultorio médico • Ser suministrado por personal auxiliar calificado para asegurar que los beneficios superen los daños, y personal capacitado en terapia de ejercicios para PAD • Estar bajo la supervisión directa de un médico, asistente médico, enfermero profesional o especialista en enfermería clínica que debe estar capacitado en técnicas de soporte vital básicas y avanzadas <p>Es posible que se ofrezca la cobertura de SET por más de 36 sesiones en un período de 12 semanas para 36 sesiones adicionales para un período de tiempo extendido si un proveedor de atención médica lo considera necesario.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para la terapia con ejercicios supervisados cubierta.</p> <p>Se requiere autorización.</p>
<p>Servicios de urgencia</p> <p>Se brindan servicios de urgencia para tratar enfermedades, lesiones o padecimientos médicos imprevistos no de emergencia que requieran de atención médica inmediata. Los servicios de urgencia pueden ser prestados por proveedores de la red o no cuando los proveedores de la red no están disponibles o no es posible comunicarse con ellos temporalmente.</p> <p>El costo compartido de los servicios de urgencia prestados por proveedores que no forman parte de la red es el mismo que tendrían si fueran prestados por proveedores que forman parte de la red.</p> <p>Los servicios de urgencia solo están cubiertos dentro de los Estados Unidos y sus territorios.</p>	<p>Usted no paga nada por las visitas de atención médica de urgencia cubiertas por Medicare.</p>

Capítulo 4. Cuadro de beneficios (lo que está cubierto)

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que tiene que pagar cuando recibe estos servicios
<p> Servicios para la vista</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios del médico para pacientes ambulatorios para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades y lesiones del ojo, incluido el tratamiento por degeneración macular relacionada con la edad. Original Medicare no cubre exámenes de la vista de rutina (refracciones oculares) para anteojos/lentes de contacto. • Para las personas con alto riesgo de glaucoma, cubriremos un examen de detección de glaucoma cada año. Las personas con alto riesgo de glaucoma incluyen: personas con antecedentes familiares de glaucoma, personas con diabetes, afroamericanos de 50 años de edad en adelante e hispanoamericanos de 65 años de edad en adelante. • Para las personas con diabetes, la prueba de detección de retinopatía diabética se cubre una vez por año. • Un par de anteojos o lentes de contacto después de cada cirugía de cataratas que incluya inserción de lente intraocular. (Si tiene dos operaciones de cataratas por separado, no puede reservar el beneficio después de la primera cirugía y adquirir dos pares de anteojos después de la segunda cirugía). 	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para los servicios para la vista.</p>
<p> Visita preventiva “Bienvenido a Medicare”</p> <p>El plan cubre una sola vez la visita preventiva de “Bienvenida a Medicare”. La visita incluye una evaluación de su salud, así como educación y asesoramiento acerca de los servicios preventivos que necesita (incluidos ciertos exámenes de detección y vacunas) y derivaciones para otro tipo de atención, en caso de ser necesario.</p> <p>Información importante: Nosotros cubrimos la visita preventiva de “Bienvenida a Medicare” únicamente durante los primeros 12 meses desde su inscripción en la Parte B de Medicare. Cuando pida su cita, comuníquese al consultorio de su médico que le gustaría programar su visita preventiva de “Bienvenida a Medicare”.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para la visita preventiva de “Bienvenida a Medicare”.</p>

Capítulo 4. Cuadro de beneficios (lo que está cubierto)**Sección 2.2 Beneficios adicionales cubiertos por Medicaid para los asegurados de RiverSpring MAP**

RiverSpring MAP (HMO D-SNP) es un Plan de Necesidades Especiales para personas con doble elegibilidad que combina la cobertura de Medicare con los beneficios de Medicaid, incluidos servicios de atención a largo plazo adicionales, especialmente diseñado para asegurados que requieren un nivel de atención en un hogar de atención médica especializada.

El siguiente cuadro enumera los beneficios adicionales de Medicaid y los servicios disponibles para los asegurados de RiverSpring MAP (HMO D-SNP). En la mayoría de los casos, usted usará su tarjeta de identificación de asegurado de RiverSpring MAP (HMO D-SNP) para recibir los beneficios adicionales descritos en esta sección.

Servicios de Medicaid que están cubiertos para usted	Lo que tiene que pagar cuando recibe estos servicios
<p>Atención médica diurna para adultos Incluye servicios médicos, de enfermería, de alimentación y nutrición, sociales, terapia de rehabilitación, actividades recreativas, servicios dentales, servicios farmacéuticos y otros servicios complementarios. Servicios proporcionados en un SNF o un centro de extensión aprobado.</p>	<p>Copago de \$0 Se requiere autorización.</p>

Capítulo 4. Cuadro de beneficios (lo que está cubierto)

Servicios de Medicaid que están cubiertos para usted	Lo que tiene que pagar cuando recibe estos servicios
<p>Community First Choice Option (CFCO) (con vigencia a partir del 01/01/2020, previa notificación oficial del Departamento de Salud del Estado de Nueva York)</p> <p><u>Tecnología de asistencia:</u> Artículos, equipos, sistemas o instrumentos de tecnología que aumentan la independencia del asegurado o sustituyen la asistencia humana autorizada, como por ejemplo, los servicios de atención personal.</p> <p><u>Adquisición, mantenimiento y mejora de habilidades:</u> Servicios destinados a maximizar la independencia de un asegurado y/o fomentar la integración en la comunidad. Pueden incluir evaluación, capacitación, señalización o asistencia práctica con las tareas.</p> <p><u>Servicios de transición comunitarios:</u> Incluyen tareas relacionadas con el establecimiento de un hogar para un asegurado que hace la transición de un entorno institucional a un entorno comunitario.</p> <p><u>Asistencia para mudanza:</u> Incluye la mudanza de pertenencias a la residencia comunitaria del asegurado.</p> <p><u>Modificación del ambiente:</u> Incluye adaptaciones internas y externas en la residencia de un asegurado que van más allá de lo que está cubierto por el apoyo ambiental y social.</p> <p><u>Modificación de vehículos:</u> Incluye modificaciones en el vehículo que es el principal medio de transporte del asegurado, y que son necesarias para aumentar la independencia e inclusión del asegurado en la comunidad.</p>	<p>Copago de \$0</p> <p>Sujeto a las limitaciones del monto de beneficios determinadas por el Departamento de Salud del Estado de Nueva York.</p> <p>Se requiere autorización.</p>
<p>Servicio de asistencia personal dirigido al consumidor Un servicio especializado en el cual un asegurado o una persona que actúa en su nombre, que se conoce como representante designado, autodirigen y gestionan la atención personal del asegurado y otros servicios autorizados. Los servicios incluyen asistencia total o parcial con higiene personal, vestimenta y alimentos, asistencia en la preparación de comidas y limpieza del hogar, como así también asistencia médica en el hogar y tareas de enfermería. Esto lo provee un asistente elegido y dirigido por el asegurado o un representante designado.</p>	<p>Copago de \$0</p> <p>Se requiere autorización.</p>

Capítulo 4. Cuadro de beneficios (lo que está cubierto)

Servicios de Medicaid que están cubiertos para usted	Lo que tiene que pagar cuando recibe estos servicios
<p>Comidas a domicilio y en instituciones</p> <p>Las comidas que se proveen a domicilio o en instituciones, p. ej., centros para adultos mayores para individuos que no pueden preparar comidas ni que se las pueden preparar.</p>	<p>Copago de \$0</p> <p>Se requiere autorización.</p>
<p>Servicios médicos sociales</p> <p>Evaluación médicamente necesaria, organizar y proveer ayuda para problemas sociales relacionados con mantener a un individuo en el hogar.</p>	<p>Copago de \$0</p> <p>Se requiere autorización.</p>
<p>Nutrición</p> <p>Evaluación del estado nutricional/las necesidades nutricionales, desarrollo y evaluación de planes de tratamiento, educación nutricional, educación en servicio e incluye consideraciones culturales.</p>	<p>Copago de \$0</p> <p>Se requiere autorización.</p>
<p>Rehabilitación para pacientes ambulatorios (terapia ocupacional, fisioterapia, terapia del habla)</p> <p>Terapia ocupacional, fisioterapia y terapia del habla y el lenguaje. Los servicios de fisioterapia se limitan a cuarenta (40) visitas por año calendario. Los servicios de terapia ocupacional y terapia del habla se limitan a veinte (20) visitas por terapia por año calendario. Las limitaciones antes detalladas no se aplican a personas con discapacidades intelectuales, personas con lesiones cerebrales traumáticas, ni a personas menores de 21 años.</p>	<p>Copago de \$0</p> <p>Se requiere autorización.</p>
<p>Servicios de atención personal</p> <p>Asistencia médicamente necesaria con actividades tales como higiene personal, vestimenta y alimentación, y tareas de función de soporte nutricional y ambiental. Los servicios de atención personal requieren una orden de un médico, aprobación previa y deben ser médicamente necesarios.</p>	<p>Copago de \$0</p> <p>Se requiere autorización.</p>

Capítulo 4. Cuadro de beneficios (lo que está cubierto)

Servicios de Medicaid que están cubiertos para usted	Lo que tiene que pagar cuando recibe estos servicios
<p>Servicios de respuesta ante emergencias personales (Personal Emergency Response Services, PERS)</p> <p>Dispositivo electrónico que permite a los individuos garantizar ayuda en una emergencia física, emocional o ambiental.</p>	<p>Copago de \$0</p> <p>Se requiere autorización.</p>
<p>Enfermería privada</p> <p>Este tipo de servicio provee asistencia para la atención domiciliaria, la atención de un acompañante y servicios domésticos, y puede incluir servicios de enfermería especializada en su hogar o lugar de residencia. Esto se realiza de conformidad con el plan de tratamiento escrito del médico que realiza la indicación, el médico asistente registrado o el enfermero profesional.</p> <p>Una persona con una licencia y un registro actual del Departamento de Educación del Estado de Nueva York para ejercer como enfermero profesional registrado o enfermero practicante con licencia debe proveer los servicios de enfermería privada.</p>	<p>Copago de \$0</p> <p>Se requiere autorización.</p>
<p>Apoyos ambientales y sociales</p> <p>Servicios y artículos para respaldar la necesidad médica del asegurado. Puede incluir tareas de mantenimiento del hogar, servicios de tareas domésticas, mejoras del hogar y atención de relevo.</p>	<p>Copago de \$0</p> <p>Se requiere autorización.</p>
<p>Atención social diurna</p> <p>Programa estructurado e integral que ofrece a los individuos con discapacidad funcional socialización; supervisión y monitoreo; cuidado personal; y nutrición en un contexto de protección durante cualquier momento del día, pero durante un período menor a 24 horas. Los servicios adicionales pueden incluir, entre otros, el mantenimiento y la mejora de las destrezas cotidianas, el transporte, la asistencia del cuidador, y la coordinación y asistencia de casos.</p>	<p>Copago de \$0</p> <p>Se requiere autorización.</p>

Capítulo 4. Cuadro de beneficios (lo que está cubierto)

Servicios de Medicaid que están cubiertos para usted	Lo que tiene que pagar cuando recibe estos servicios
<p>Servicios de transporte (que no sean de emergencia)</p> <p>RiverSpring MAP cubre el transporte esencial para obtener la atención y los servicios médicos necesarios. Esto incluye ambulancia, vehículos para inválidos, taxis, vehículos en alquiler, transporte público u otros medios apropiados para la afección médica del afiliado y un transporte que acompañe al afiliado, de ser necesario.</p>	<p>Copago de \$0</p> <p>Se requiere autorización.</p>

SECCIÓN 3 ¿Qué servicios tienen cobertura fuera de *RiverSpring MAP (HMO D-SNP)*?

Sección 3.1	Servicios <i>no</i> cubiertos por <i>RiverSpring MAP (HMO D-SNP)</i>
--------------------	---

Los siguientes servicios no están cubiertos por *RiverSpring MAP (HMO D-SNP)*, pero se encuentran disponibles a través de Medicare o Medicaid:

Farmacia

La mayoría de los medicamentos con receta están cubiertos por *RiverSpring MAP* según se describe en el Capítulo 5 de la Evidencia de Cobertura (Evidence of Coverage, EOC) de Medicare de *RiverSpring MAP*. El seguro regular de Medicaid cubrirá algunos medicamentos no cubiertos por Medicare.

Ciertos servicios de salud mental, incluidos:

- Tratamiento de rehabilitación psiquiátrica intensiva
- Tratamiento diurno
- Gestión de casos para personas con enfermedades mentales graves y persistentes (con el patrocinio de las unidades de salud mental locales o estatales)
- Atención hospitalaria parcial no cubierta por Medicare

- Servicios de rehabilitación para personas en hogares comunitarios o en tratamiento familiar
- Tratamiento diurno continuo
- Tratamiento asertivo comunitario
- Servicios personalizados orientados a la recuperación

Ciertos servicios para la discapacidad del desarrollo y el retraso mental, incluidos:

- Terapias a largo plazo
- Tratamiento diurno
- Coordinación de servicios de Medicaid

Capítulo 4. Cuadro de beneficios (lo que está cubierto)

- Servicios recibidos de conformidad con un programa de exención de servicios en el hogar y en la comunidad

Otros servicios de Medicaid

- Tratamiento con metadona
- Terapia de observación directa para la TB (tuberculosis)
- Gestión de casos relacionados con la ley COBRA para personas con VIH

PLANIFICACIÓN FAMILIAR

Los asegurados pueden asistir a cualquier médico o clínica de Medicaid que provea atención para planificación familiar. Usted no necesita una derivación de su proveedor de atención primaria (PCP).

SERVICIOS NO CUBIERTOS POR EL PROGRAMA RIVERSPRING MAP (HMO D-SNP)

Usted debe pagar los servicios que no están cubiertos por RiverSpring MAP o por Medicaid si su proveedor le informa con antelación que estos servicios no están cubiertos, Y usted acepta pagar por ellos. Ejemplos de servicios no cubiertos por RiverSpring MAP o Medicaid son:

- Cirugía cosmética, si no es médicamente necesaria.
- Artículos personales y de bienestar.
- Tratamiento para la infertilidad.
- Servicios de un proveedor que no forma parte del plan (a menos que RiverSpring MAP lo envíe a usted a ese proveedor).

SECCIÓN 4 ¿Cuáles son los servicios que no están cubiertos por el plan?

Sección 4.1	Servicios <i>no</i> cubiertos por el plan (exclusiones de Medicare)
--------------------	--

Esta sección le informa cuáles son los servicios “excluidos” por Medicare. Excluido significa que el plan *O* Medicare no cubren estos servicios.

El cuadro a continuación describe algunos de los servicios y productos que no están cubiertos por el plan *NI* por Medicare bajo ninguna circunstancia o que están cubiertos por el plan *O* por Medicare solo bajo determinadas circunstancias.

Ni nosotros *NI* Medicare pagaremos por los servicios médicos excluidos que se detallan en el

Capítulo 4. Cuadro de beneficios (lo que está cubierto)

siguiente cuadro, excepto en las circunstancias específicas indicadas. La única excepción: nosotros pagaremos por un servicio que aparezca en el cuadro si este es declarado, según apelación, como un servicio médico que deberíamos haber cubierto o pagado debido a su situación específica. (Para obtener información acerca de la apelación de una decisión que hayamos tomado para no cubrir un servicio médico, consulte la Sección 6.3 del Capítulo 9 de este manual).

Todas las exclusiones o limitaciones sobre servicios están descritas en el Cuadro de beneficios o en el cuadro a continuación.

Servicios que Medicare no cubre	Servicios que no se cubren bajo ninguna circunstancia	Servicios que solo se cubren bajo circunstancias específicas
Servicios considerados no razonables y necesarios, según los estándares de Original Medicare	✓	
Medicamentos, equipos y procedimientos quirúrgicos y médicos experimentales Artículos y procedimientos experimentales son aquellos artículos y procedimientos que, según nuestro plan y Original Medicare, no son generalmente aceptados por la comunidad médica.		✓ Pueden estar cubiertos por Original Medicare conforme a un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare o por nuestro plan. (Consulte la Sección 5 del Capítulo 3 para obtener más información sobre estudios de investigación clínica).
Habitación privada en un hospital		✓ Cubierto solo cuando es médicamente necesario.
Artículos personales en su habitación de hospital o de un centro de enfermería especializada, como un teléfono o un televisor	✓	
Atención de enfermería de tiempo completo en su hogar		✓ Puede estar cubierto por RiverSpring MAP como un beneficio de Medicaid.

Capítulo 4. Cuadro de beneficios (lo que está cubierto)

Servicios que Medicare no cubre	Servicios que no se cubren bajo ninguna circunstancia	Servicios que solo se cubren bajo circunstancias específicas
*La atención de custodia es atención suministrada en un hogar de atención médica especializada, centro para pacientes con enfermedades terminales u otro entorno de centro donde usted no necesite atención médica especializada o atención de enfermería especializada.		<p style="text-align: center;">✓</p> <p>Puede estar cubierto por RiverSpring MAP como un beneficio de Medicaid.</p>
Los servicios domésticos incluyen asistencia básica en el hogar, incluidas las tareas domésticas sencillas o la preparación de comidas sencillas.		<p style="text-align: center;">✓</p> <p>Puede estar cubierto por RiverSpring MAP como un beneficio de Medicaid.</p>
Cargos que cobran por la atención provista por sus familiares cercanos o asegurados de su familia		<p style="text-align: center;">✓</p> <p>Puede estar cubierto por RiverSpring MAP como un beneficio de Medicaid cuando los cargos son parte de los Servicios de asistencia personal dirigidos al consumidor.</p>
Procedimientos o cirugías cosméticos		<p style="text-align: center;">✓</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cubiertos en caso de una lesión accidental o para la mejora del funcionamiento de una parte del cuerpo malformada. • Cubierto para todas las etapas de reconstrucción de una mama después de una mastectomía, así como para la mama no afectada para obtener una apariencia simétrica.
Atención dental de rutina, como limpiezas, empastes o dentaduras postizas		<p style="text-align: center;">✓</p> <p>Puede estar cubierto por RiverSpring MAP como un beneficio de Medicaid.</p>

Capítulo 4. Cuadro de beneficios (lo que está cubierto)

Servicios que Medicare no cubre	Servicios que no se cubren bajo ninguna circunstancia	Servicios que solo se cubren bajo circunstancias específicas
Atención dental no de rutina		<p style="text-align: center;">✓</p> <p>La atención dental necesaria para tratar una enfermedad o lesión puede estar cubierta como atención para pacientes hospitalizados o ambulatorios.</p>
Atención quiropráctica de rutina		<p style="text-align: center;">✓</p> <p>Se cubre la manipulación manual de la columna vertebral para corregir una subluxación.</p>
Atención de rutina de los pies		<p style="text-align: center;">✓</p> <p>Cierta cobertura limitada proporcionada conforme a las pautas de Medicare, por ejemplo, si tiene diabetes.</p>
Servicios de alimentos a domicilio		<p style="text-align: center;">✓</p> <p>Puede estar cubierto por RiverSpring MAP como un beneficio de Medicaid.</p>
Calzado ortopédico		<p style="text-align: center;">✓</p> <p>Si el calzado es parte de un aparato para la pierna y se incluye en el costo del aparato, o si el calzado es para una persona con enfermedad de pie diabético.</p>
Aparatos de apoyo para los pies		<p style="text-align: center;">✓</p> <p>Calzado terapéutico u ortopédico para personas con enfermedad de pie diabético.</p>
Pruebas de audición de rutina, audífonos o pruebas para ajustar audífonos		<p style="text-align: center;">✓</p> <p>Puede estar cubierto por RiverSpring MAP como un beneficio de Medicaid.</p>

Capítulo 4. Cuadro de beneficios (lo que está cubierto)

Servicios que Medicare no cubre	Servicios que no se cubren bajo ninguna circunstancia	Servicios que solo se cubren bajo circunstancias específicas
Exámenes de la vista de rutina, anteojos, queratotomía radial, cirugía LASIK, y otros accesorios para los problemas de la vista		<p style="text-align: center;">✓</p> El examen de la vista y un par de anteojos (o lentes de contacto) están cubiertos para personas después de cirugía de cataratas
Procedimientos para revertir la esterilización o suministros anticonceptivos sin receta	✓	
Acupuntura	✓	
Servicios de naturopatía (el uso de tratamientos naturales o alternativos)	✓	

*La atención de custodia es la atención personal que no requiere de atención continua de personal médico o paramédico capacitado, como la atención que lo ayuda con las actividades cotidianas, como bañarse o vestirse.

CAPÍTULO 5

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

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

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

SECCIÓN 1	Introducción	109
Sección 1.1	Este capítulo describe su cobertura de los medicamentos de la Parte D.....	109
Sección 1.2	Reglas básicas para la cobertura de medicamentos de la Parte D del plan .	110
SECCIÓN 2	Surta sus medicamentos con receta en una farmacia de la red o a través del servicio de pedido por correo del plan.....	111
Sección 2.1	Para que sus medicamentos con receta estén cubiertos, acuda a una farmacia de la red	111
Sección 2.2	Cómo encontrar una farmacia de la red.....	111
Sección 2.3	Cómo usar los servicios de pedido por correo del plan.....	112
Sección 2.4	¿Cómo obtener un suministro de medicamentos a largo plazo?	113
Sección 2.5	¿Cuándo puede acudir a una farmacia que no pertenezca a la red del plan?114	
SECCIÓN 3	Sus medicamentos deben estar en la “Lista de medicamentos” del plan	114
Sección 3.1	La “Lista de medicamentos” informa qué medicamentos de la Parte D están cubiertos	114
Sección 3.2	¿Cómo puede saber si un medicamento específico figura en la Lista de medicamentos?	116
SECCIÓN 4	Existen restricciones en la cobertura de algunos medicamentos.....	116
Sección 4.1	¿Por qué algunos medicamentos tienen restricciones?.....	116
Sección 4.2	¿Qué tipo de restricciones?.....	117
Sección 4.3	¿Se aplican algunas de estas restricciones a sus medicamentos?	118
SECCIÓN 5	¿Qué ocurre en caso de que alguno de sus medicamentos no esté cubierto como a usted le gustaría?	118
Sección 5.1	Existen cosas que puede hacer si su medicamento no está cubierto en la forma en que usted desea.....	118
Sección 5.2	¿Qué hacer si su medicamento no está en la Lista de medicamentos o si el medicamento está restringido de algún modo?	119
SECCIÓN 6	¿Qué sucede si la cobertura cambia para alguno de sus medicamentos?	121
Sección 6.1	La Lista de medicamentos puede cambiar durante el año.....	121
Sección 6.2	¿Qué sucede si su cobertura cambia respecto de un medicamento que toma?	122

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

SECCIÓN 7	¿Qué tipos de medicamentos <i>no</i> están cubiertos por el plan?	123
Sección 7.1	Tipos de medicamentos que no cubrimos	123
SECCIÓN 8	Muestre su tarjeta de asegurado del plan cuando surta un medicamento con receta.....	125
Sección 8.1	Muestre su tarjeta de asegurado	125
Sección 8.2	¿Qué sucede si no lleva su tarjeta de asegurado consigo?.....	125
SECCIÓN 9	Cobertura de medicamentos de la Parte D en situaciones especiales.....	125
Sección 9.1	¿Qué sucede si está en un hospital o en un centro de enfermería especializada durante una estadía que está cubierta por el plan?	125
Sección 9.2	¿Qué sucede si es un residente en un centro de atención médica a largo plazo (LTC)?	125
Sección 9.3	¿Qué sucede si también recibe cobertura de medicamentos de un plan grupal de un empleador o como jubilado?	126
Sección 9.4	¿Qué sucede si se encuentra en un centro para pacientes con enfermedades terminales certificado por Medicare?.....	127
SECCIÓN 10	Programas sobre gestión y seguridad de los medicamentos	127
Sección 10.1	Programas para ayudar a los asegurados a tomar los medicamentos en forma segura	127
Sección 10.2	Programa de Administración de Medicamentos (DMP) para ayudar a que los asegurados usen sus opioides de forma segura.....	128
Sección 10.3	Programas de gestión de terapias con medicamentos (Medication Therapy Management, MTM) para ayudar a los asegurados a administrar sus medicamentos	129
SECCIÓN 11	Le enviamos informes que explican los pagos por sus medicamentos y en qué etapa de pago se encuentra	130
Sección 11.1	Le enviamos un informe mensual denominado “Explicación de Beneficios de la Parte D” (la “EOB de la Parte D”).....	130
Sección 11.2	Ayúdenos a mantener actualizada la información acerca de sus pagos por medicamentos	130

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



¿Cómo puede obtener información sobre los costos de sus medicamentos?

Debido a que usted es elegible para Medicaid, califica y recibe la “Ayuda Adicional” de Medicare para pagar los gastos de su plan de medicamentos con receta. Debido a que usted está en el programa de “Ayuda Adicional”, **parte de la información que se encuentra en esta *Evidencia de Cobertura acerca de los costos de los medicamentos con receta de la Parte D* tal vez no se aplique a usted.** Le hemos enviado un anexo por separado, denominado “Evidencia de Cobertura para las personas que reciben la Ayuda Adicional para pagar sus medicamentos con receta” (también denominado “Anexo para subsidio por ingresos bajos” o el “Anexo LIS”), que le informa acerca de la cobertura de sus medicamentos. Si usted no tiene este anexo, llame al Servicio al Cliente y pida el “Anexo LIS”. (Los números de teléfono del Servicio al Cliente aparecen en la contraportada de este manual).

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1	Este capítulo describe su cobertura de los medicamentos de la Parte D
--------------------	--

Este capítulo explica las reglas para usar su cobertura de los medicamentos de la Parte D.

Además de la cobertura para medicamentos de la Parte D, *RiverSpring MAP (HMO D-SNP)* también cubre algunos medicamentos que se encuentran en los beneficios médicos del plan. A través de esta cobertura de beneficios de la Parte A de Medicare, nuestro plan, por lo general, cubre los medicamentos que le proporcionan durante las estadias cubiertas en un hospital o en un centro de enfermería especializada. A través de la cobertura de los beneficios de la Parte B de Medicare, nuestro plan cubre medicamentos, incluidos ciertos medicamentos para quimioterapia, ciertos medicamentos inyectables que se le administren durante una visita al consultorio y medicamentos que se le administren en un centro de diálisis. El Capítulo 4 (*Cuadro de beneficios médicos, lo que está cubierto y lo que usted debe pagar*) indica los beneficios y costos de los medicamentos durante una estadia cubierta en un hospital o en un centro de enfermería especializada, así como también los beneficios y costos para los medicamentos de la Parte B.

Es posible que sus medicamentos estén cubiertos por Original Medicare si está en un centro para pacientes con enfermedades terminales de Medicare. Nuestro plan solo cubre los servicios y medicamentos de las Partes A, B y D de Medicare no relacionados con una enfermedad terminal, y, por lo tanto, no estarán cubiertos bajo el beneficio de un centro para pacientes con enfermedades terminales de Medicare. Para obtener más información, consulte la Sección 9.4 (*¿Qué sucede si se encuentra en un centro para pacientes con enfermedades terminales certificado por Medicare?*). Para obtener más información sobre la cobertura de un centro para pacientes con enfermedades terminales, consulte la sección del Capítulo 4 sobre centros para pacientes con enfermedades terminales (*Cuadro de beneficios médicos, lo que está cubierto y lo que usted debe pagar*).

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

Las siguientes secciones analizan la cobertura de sus medicamentos bajo las reglas de beneficios de la Parte D del plan. La Sección 9, *Cobertura de medicamentos de la Parte D en situaciones especiales*, incluye más información sobre su cobertura de la Parte D y Original Medicare.

Además de los medicamentos cubiertos por Medicare, algunos medicamentos con receta están cubiertos para usted de conformidad con sus beneficios de Medicaid. Usted puede obtener más información sobre la cobertura de los medicamentos con receta en virtud de sus beneficios de Medicaid al ponerse en contacto con su plan de salud de Medicaid o con la Oficina de Gestión de Medicaid del Departamento de Salud (Medicaid) que se indica en el Capítulo 2 de este manual. Su plan de salud de Medicaid o la Oficina de Gestión de Medicaid del Departamento de Salud (Medicaid) pueden también ser capaces de proveer una Lista de medicamentos de Medicaid que le indique cómo averiguar qué medicamentos están cubiertos de conformidad con Medicaid.

Sección 1.2	Reglas básicas para la cobertura de medicamentos de la Parte D del plan
--------------------	--

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

- Debe contar con un proveedor (un médico, dentista u otra persona que receta) quien escriba su receta médica.
- La persona que le receta tiene que aceptar Medicare o presentar documentación ante los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS) que demuestre que está calificado para recetar medicamentos; de otro modo se le negará su reclamación de la Parte D. La próxima vez que llame o visite a las personas que le recetan debe preguntarles si cumplen con esta condición. Si no lo hacen, tenga en cuenta que le llevará tiempo a la persona que le receta presentar el papeleo necesario y que este sea procesado.
- Por lo general, tiene que acudir a una farmacia de la red para surtir su medicamento con receta. (Consulte la Sección 2, *Surta sus medicamentos con receta en una farmacia de la red o a través del servicio de pedido por correo del plan*).
- Su medicamento tiene que estar en la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* (la llamamos “Lista de medicamentos” para abreviar). (Consulte la Sección 3, *Sus medicamentos deben estar en la "Lista de medicamentos" del plan*).
- Su medicamento debe ser usado para una indicación médicamente aceptada. Una “indicación médicamente aceptada” es un uso del medicamento que está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos, o respaldado por ciertos libros de consulta. (Consulte la Sección 3 para obtener más información acerca de una indicación médicamente aceptada).

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

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

Sección 2.1	Para que sus medicamentos con receta estén cubiertos, acuda a una farmacia de la red
--------------------	---

En la mayoría de los casos, sus medicamentos con receta están cubiertos *solo* si son surtidos 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).

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

Sección 2.2	Cómo encontrar una farmacia de la red
--------------------	--

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

Para encontrar una farmacia que pertenezca a la red, puede consultar el *Directorio de Farmacias*, visitar nuestro sitio web (www.RiverSpringHealthPlans.org), o llamar a Servicio al Cliente (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este manual).

Usted puede acudir a cualquiera de las farmacias de la red. Si cambia de farmacia de la red y necesita volver a surtir un medicamento que ha estado tomando, puede pedir que su proveedor vuelva a redactarle una receta médica o que le transfieran su receta médica a su nueva farmacia de la red.

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

Si la farmacia a la que había estado acudiendo deja la red del plan, tendrá que encontrar una nueva farmacia que esté dentro de la red. Para buscar otra farmacia que pertenezca a la red y que se encuentre en su área, puede obtener ayuda del Servicio al Cliente (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este manual) o puede utilizar el *Directorio de Farmacias*. También puede encontrar esta información en nuestro sitio web en www.RiverSpringHealthPlans.org.

¿Qué sucede si necesita una farmacia especializada?

En algunos casos, se deben surtir las recetas en una farmacia especializada. Las farmacias especializadas incluyen las siguientes:

- Farmacias que suministran fármacos para terapia de infusión domiciliaria.
- Farmacias que suministran medicamentos para residentes de centros de atención médica a largo plazo (long-term care, LTC). Por lo general, los centros de atención médica a largo

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

plazo (tales como un hogar de atención médica especializada) tienen su propia farmacia. Si usted está en un centro LTC, tenemos que asegurarnos de que usted pueda recibir regularmente los beneficios de la Parte D a través de nuestra red de farmacias LTC que, por lo general, son las farmacias que utilizan los centros LTC. Si tiene alguna dificultad para acceder a sus beneficios de la Parte D en un centro LTC, comuníquese con el Servicio al Cliente.

- Farmacias que brindan un servicio al programa de salud para pueblos indígenas/tribales/urbanos del Servicio de Salud para Indígenas (Indian Health Service/Tribal/Urban Indian Health Program) (no disponible en Puerto Rico). Excepto en casos de emergencia, solo los indígenas estadounidenses o los nativos de Alaska tienen acceso a estas farmacias en nuestra red.
- Farmacias que dispensan medicamentos restringidos por la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) para determinados lugares o que requieren una manipulación especial, coordinación del proveedor, o educación para su uso. (Nota: este supuesto solo ocurre en raras ocasiones).

Para ubicar una farmacia especializada, consulte su *Directorio de Farmacias* o llame a Servicio al Cliente (los números de teléfono aparecen impresos en la contraportada de este manual).

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

Para obtener ciertos tipos de medicamentos, usted puede utilizar los servicios de pedidos por correo de la red del plan. En general, los medicamentos obtenidos a través de pedidos por correo postal son medicamentos que toma regularmente para un problema de salud crónico o a largo plazo. Los medicamentos disponibles a través del servicio de pedido por correo de nuestro plan están marcados como medicamentos de “**pedido por correo**” en nuestra Lista de medicamentos.

Nuestro servicio de pedido por correo del plan le permite pedir un **suministro para hasta 90 días**.

Para obtener información acerca de cómo obtener sus medicamentos con receta por correo postal, llame al Centro de Asistencia de Farmacia de Servicio al Cliente al 1-855-898-1482 para solicitar una copia del formulario de pedidos por correo. Si utiliza una farmacia de pedido por correo que no está dentro de la red del plan, su receta no tendrá cobertura.

Por lo general, una farmacia de pedido por correo se comunicará con usted en no más de 10 días. Si su receta de pedido por correo tarda más de diez días, nuestro plan le permitirá surtir el medicamento con receta en una farmacia minorista.

Recetas médicas nuevas que la farmacia recibe directamente del consultorio de su médico.

Una vez que la farmacia reciba una receta médica de un proveedor de atención médica, esta se comunicará con usted para consultar si desea que el medicamento se surta de inmediato o más adelante. Esto le brindará una oportunidad de asegurarse de que la farmacia le está entregando el medicamento correcto (incluida la concentración, la cantidad y la fórmula) y, de ser necesario, le permitirá detener o retrasar el pedido antes

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

de que se lo facturen y lo envíen. Es importante que responda cada vez que la farmacia se comunique con usted para informarle qué hacer con la receta nueva y evitar cualquier demora en el envío.

Cómo volver a surtir los medicamentos con receta pedidos por correo. Para volver a surtir los medicamentos, comuníquese con su farmacia 10 días antes de la fecha en que considere que se acabarán los medicamentos que tiene, para asegurarse de que su próximo pedido sea enviado con la suficiente antelación.

De esta forma, la farmacia podrá comunicarse con usted para confirmar su pedido antes del envío; asegúrese de informarle a la farmacia cuáles son los mejores medios de contacto con usted. Si hay algún cambio en su información de contacto, infórmenoslo comunicándose con Servicio al Cliente al 1-800-362-2266 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., para actualizar su información de contacto a fin de que la farmacia pueda contactarlo para confirmar su pedido antes del envío o para informarnos sus preferencias en lo que respecta a la comunicación.

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 medicamentos que toma regularmente para un problema de salud crónico o de largo plazo). Puede pedir este suministro a través de pedidos por correo postal (consulte la Sección 2.3) o puede dirigirse a una farmacia minorista.

1. **Algunas farmacias minoristas** que forman parte de nuestra red le permiten adquirir suministros de medicamentos de mantenimiento a largo plazo. Su *Directorio de Farmacias* muestra cuáles son las farmacias de nuestra red que pueden proporcionarle suministros de medicamentos de mantenimiento de largo plazo. También puede llamar al Servicio al Cliente para obtener más información (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este manual).
2. Para obtener ciertos tipos de medicamentos, usted puede utilizar **los servicios de pedidos por correo** de la red del plan. Los medicamentos disponibles a través del servicio de pedido por correo de nuestro plan están marcados como medicamentos de “**pedido por correo**” en nuestra Lista de medicamentos. Nuestro servicio de pedido por correo del plan le permite pedir un suministro para hasta 90 días. Consulte la Sección 2.3 para obtener más información sobre cómo usar los servicios de pedido por correo.

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

Sección 2.5 ¿Cuándo puede acudir a una farmacia que no pertenezca a la red del plan?

Es posible que su medicamento con receta no esté cubierto en determinadas situaciones.

Por lo general, cubrimos medicamentos surtidos en una farmacia que no forma parte de la red *solo* cuando usted no pueda acudir a una farmacia de la red. Para ayudarlo, contamos con farmacias de la red fuera de nuestra área de servicio donde usted puede surtir sus recetas como asegurado de nuestro plan. Si usted no puede usar una farmacia de la red, estas son las circunstancias en las que podríamos cubrir las recetas surtidas en una farmacia fuera de la red:

- Recetas que obtiene en relación con la atención médica de emergencia cubierta fuera del área.
- Recetas que obtiene en relación con la atención de urgencia cubierta fuera del área.
- Cuando primero obtiene aprobación del plan, antes de surtir su receta.

En estos casos, **primero consulte al Servicio al Cliente** para ver si hay alguna farmacia que participe en la red cerca de usted. (Los números de teléfono del Servicio al Cliente aparecen en la contraportada de este manual). Es posible que deba pagar la diferencia entre lo que paga por el medicamento en una farmacia que no forma parte de la red y el costo de lo que cubriríamos en una farmacia que forma parte de la red.

¿Cómo pedir un reembolso del plan?

Si se ve obligado a utilizar una farmacia que no forma parte de la red, en general tendrá que pagar el costo total en el momento en que surta su medicamento con receta. Usted puede pedirnos un reembolso. (La Sección 2.1 del Capítulo 7 explica cómo solicitar al plan que le devuelva el dinero).

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

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

El plan tiene una “*Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)*”. En esta *Evidencia de Cobertura*, la llamamos “**Lista de medicamentos**” para abreviar.

El plan selecciona los medicamentos de esta lista con la ayuda de un equipo de médicos y farmacéuticos. La lista cumple con los requisitos establecidos por Medicare. Medicare ha aprobado la Lista de medicamentos del plan.

La Lista de medicamentos incluye los medicamentos cubiertos por la Parte D de Medicare (la Sección 1.1 anterior en este capítulo explica los medicamentos de la Parte D). Además de los

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

medicamentos cubiertos por Medicare, algunos medicamentos con receta están cubiertos para usted de conformidad con sus beneficios de Medicaid. Usted puede ponerse en contacto con el programa de Medicaid del Estado de Nueva York para averiguar qué medicamentos excluidos están cubiertos de conformidad con su beneficio de Medicaid. Por lo general, cubriremos un medicamento que esté en la Lista de medicamentos del plan siempre y cuando usted cumpla con las otras normas de cobertura que se explican en este capítulo, y el uso del medicamento sea una indicación médicamente aceptada. Una “indicación médicamente aceptada” es un uso del medicamento que está *ya sea*:

- Aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos. (Es decir, la Administración de Alimentos y Medicamentos ha aprobado el uso del medicamento para el diagnóstico o la afección para la que se recetó).
- -- o bien -- Respaldo por ciertos libros de referencia. Estos libros de referencia son el American Hospital Formulary Service Drug Information (Información sobre los Medicamentos del Servicio de Listas de Medicamentos de los Hospitales Estadounidenses); el DRUGDEX Information System (Sistema de Información DRUGDEX); y, para el cáncer, la National Comprehensive Cancer Network (Red Nacional de Centros Oncológicos Integrales) y Clinical Pharmacology (Farmacología Clínica) o sus sucesores.

La Lista de medicamentos incluye medicamentos tanto de marca como genéricos.

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

Medicamentos de venta libre

Nuestro plan también cubre determinados medicamentos de venta libre. Ciertos medicamentos de venta libre son menos costosos que los medicamentos con receta y tienen la misma eficacia. Para obtener más información, llame a Servicio al Cliente (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este manual).

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

Medicaid del estado de Nueva York continúa proporcionando cobertura para ciertos medicamentos excluidos del beneficio de la Parte D de Medicare, como algunas vitaminas con receta y algunos medicamentos sin receta. Usted puede ponerse en contacto con el programa de Medicaid del Estado de Nueva York para averiguar qué medicamentos excluidos están cubiertos

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

de conformidad con su beneficio de Medicaid. El plan no cubre todos los medicamentos con receta.

El plan no cubre todos los medicamentos con receta.

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

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

Tiene 3 (*tres*) formas de saberlo:

1. Verifique la Lista de medicamentos más reciente que le proporcionamos electrónicamente.
2. Visite el sitio web del plan (www.RiverSpringHealthPlans.org). La Lista de medicamentos que aparece en el sitio web siempre es la más actualizada.
3. Llame a Servicio al Cliente para saber si determinado medicamento se encuentra en la Lista de medicamentos o para solicitar una copia de la lista. (Los números de teléfono del Servicio al Cliente aparecen en la contraportada de este manual).

SECCIÓN 4 Existen restricciones en la cobertura de algunos medicamentos

Sección 4.1 ¿Por qué algunos medicamentos tienen restricciones?

Para ciertos medicamentos con receta, hay reglas de cobertura especiales que restringen cómo y cuándo los cubre el plan. Un equipo de médicos y farmacéuticos desarrolló estas reglas para ayudar a nuestros asegurados a usar los medicamentos de la manera más efectiva. Estas reglas especiales también ayudan a controlar los costos generales de los medicamentos, lo que mantiene la cobertura de sus medicamentos a un precio módico.

En general, las reglas tienen como fin que usted reciba un medicamento que funcione para su problema de salud, y que sea seguro y efectivo. Cada vez que un medicamento seguro y de bajo costo funcione médicamente al igual que otro que cuesta más, las reglas del plan están diseñadas para fomentar que usted y su proveedor usen la opción de menor costo. También necesitamos cumplir con las reglas y regulaciones sobre la cobertura de los medicamentos y los costos compartidos.

Si existe una restricción para su medicamento, por lo general, significa que usted o su proveedor tendrán que tomar medidas adicionales para que podamos cubrirlo. Si desea que

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

eximamos las restricciones para usted, tendrá que usar el proceso de decisión de la cobertura y solicitarnos que hagamos una excepción. Puede que aceptemos o no eximir la restricción para usted. (Consulte la Sección 7.2 del Capítulo 9 para obtener más información sobre cómo solicitar excepciones).

Tenga en cuenta que algunas veces un medicamento puede aparecer más de una vez en nuestra lista de medicamentos. Esto se debe a que diferentes restricciones o costos compartidos pueden aplicarse en función de factores tales como la potencia, la cantidad o la fórmula del medicamento recetado por su proveedor de atención médica (por ejemplo, 10 mg frente a 100 mg; uno por día frente a dos por día; comprimidos frente a líquido).

Sección 4.2 ¿Qué tipo de restricciones?

Nuestro plan usa distintos tipos de restricciones para ayudar a los asegurados a usar los medicamentos de la manera más efectiva. Las secciones siguientes contienen más información acerca de los tipos de restricciones que usamos para ciertos medicamentos.

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

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

Obtener la aprobación del plan por adelantado

Para ciertos medicamentos, usted o su proveedor necesitan obtener la aprobación del plan antes de que aceptemos cubrir el medicamento para usted. Esto se denomina “**autorización previa**”. Algunas veces, el requisito para obtener la aprobación por adelantado ayuda a guiar el uso adecuado de ciertos medicamentos. Si no obtiene esta aprobación, es posible que el plan no cubra el medicamento.

Probar primero un medicamento diferente

Este requisito fomenta que usted pruebe medicamentos que cuestan menos, pero con la misma efectividad, antes de que el plan cubra otro medicamento. Por ejemplo, si el Medicamento A y el Medicamento B tratan el mismo problema de salud, y el Medicamento A es menos costoso, el plan puede exigir que usted pruebe primero el Medicamento A. Si el Medicamento A no funciona para usted, el plan cubrirá el Medicamento B. Este requisito de probar un medicamento diferente primero se denomina “**terapia escalonada**”.

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

Límites que rigen la cantidad

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

Sección 4.3	¿Se aplican algunas de estas restricciones a sus medicamentos?
--------------------	---

La Lista de medicamentos del plan incluye información sobre las restricciones que se describen más arriba. Para averiguar si estas restricciones se aplican a un medicamento que usted está tomando o que desea tomar, consulte la Lista de medicamentos. Para obtener la información más actualizada, llame a Servicio al Cliente (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este manual) o consulte nuestro sitio web (www.RiverSpringHealthPlans.org).

Si existe una restricción para su medicamento, por lo general, significa que usted o su proveedor tendrán que tomar medidas adicionales para que podamos cubrirlo. Si existe una restricción sobre el medicamento que desea tomar, debe comunicarse con Servicio al Cliente para saber lo que usted o su proveedor deberían hacer para recibir la cobertura del medicamento. Si desea que eximamos las restricciones para usted, tendrá que usar el proceso de decisión de la cobertura y solicitarnos que hagamos una excepción. Puede que aceptemos o no eximir la restricción para usted. (Consulte la Sección 7.2 del Capítulo 9 para obtener más información sobre cómo solicitar excepciones).

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

Sección 5.1	Existen cosas que puede hacer si su medicamento no está cubierto en la forma en que usted desea
--------------------	--

Esperamos que su cobertura de medicamentos funcione bien para usted. Pero es posible que haya un medicamento con receta que usted tome, o uno que usted y su proveedor consideren que usted debería tomar, que no aparezca en nuestro formulario o que aparezca, pero con restricciones. Por ejemplo:

- Es posible que el medicamento no esté cubierto. O quizá está cubierta una versión genérica del medicamento, pero la versión de marca que usted desea no está cubierta.
- El medicamento está cubierto, pero hay reglas o restricciones adicionales de la cobertura para dicho medicamento. Como se explicó en la Sección 4, algunos de los medicamentos cubiertos por el plan tienen reglas adicionales que restringen su uso. Por ejemplo, es posible que primero deba probar un medicamento diferente, para ver si funciona, antes de que se cubra el medicamento que usted desea tomar. O bien, quizá haya límites en la

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

cantidad del medicamento (cantidad de pastillas, etcétera) que se cubra durante un periodo específico. En algunos casos, quizá desee que realicemos una exención de la restricción en su caso.

Existen cosas que puede hacer si su medicamento no está cubierto como a usted le gustaría.

- Si su medicamento no está en la Lista de medicamentos o si el medicamento está restringido, consulte la Sección 5.2 para saber qué puede hacer al respecto.

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

Si su medicamento no se encuentra en la Lista de medicamentos o si está restringido, puede hacer lo siguiente:

- Quizá pueda obtener un suministro provisional del medicamento (solo asegurados en ciertas situaciones pueden obtener un suministro provisional). Esto les dará tiempo a usted y a su proveedor para cambiar por otro medicamento o para presentar una solicitud para que se cubra el medicamento.
- Puede cambiar a otro medicamento.
- Puede solicitar una exclusión y pedir al plan que cubra el medicamento o que elimine sus restricciones.

Quizá pueda obtener un suministro provisional

En algunas circunstancias, el plan puede ofrecerle un suministro provisional de un medicamento cuando este no se encuentre en la Lista de medicamentos o cuando esté restringido de algún modo. Al hacer esto, tendrá más tiempo para hablar con su proveedor acerca del cambio de cobertura y decidir qué acciones tomar.

Para ser elegible para recibir un suministro provisional, debe reunir los dos requisitos siguientes:

1. El cambio de la cobertura del medicamento tiene que ser uno de los siguientes tipos de cambios:

- El medicamento que usted toma ya **no se encuentra en la Lista de medicamentos del plan**.
- O bien, el medicamento que toma **ahora está restringido de algún modo** (consulte la Sección 4 de este capítulo para conocer las restricciones).

2. Tiene que encontrarse en una de las siguientes situaciones:

- **Para aquellos asegurados que son nuevos o que estuvieron en el plan el año anterior:**

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

Cubriremos un suministro provisional de su medicamento **durante los primeros 90 días de ser asegurado del plan si es nuevo, y durante los primeros 90 días del año calendario si ya era participante del plan el año anterior**. Este suministro provisional será por un máximo de *30 días*. Si su receta se emite para menos días, permitiremos múltiples resurtidos para brindarle un suministro de hasta un máximo de *30 días* de medicamento. El medicamento con receta se debe surtir en una farmacia de la red. (Tenga en cuenta que la farmacia de atención a largo plazo puede brindarle cantidades más pequeñas de medicamento por vez para evitar el desperdicio).

- **Para aquellos asegurados que han estado en el plan por más de 90 días y que se encuentran en un centro de atención a largo plazo (LTC) y necesitan un suministro de inmediato:**

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

- 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.

Para solicitar un suministro provisional, llame al Servicio al Cliente (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este manual).

Al obtener un suministro de medicamentos provisional, debería hablar con su proveedor para decidir qué hacer cuando se termine dicho suministro provisional. Puede cambiar por un medicamento diferente que esté cubierto por el plan o pedirle al plan que haga una excepción en su caso y cubra su medicamento actual. Las secciones siguientes contienen más información acerca de estas opciones.

Puede cambiar a otro medicamento

Primero, hable con su proveedor. Quizá haya un medicamento diferente cubierto por el plan que puede funcionar con la misma efectividad en su caso. Puede llamar al Servicio al Cliente para pedir una lista de medicamentos cubiertos que traten el mismo problema de salud. Esta lista

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

puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que funcione para usted. (Los números de teléfono del Servicio al Cliente aparecen en la contraportada de este manual).

Puede pedir que hagan una excepción

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

Si actualmente es un asegurado y el medicamento que usted toma se eliminará del formulario o se restringirá de algún modo el año próximo, le permitiremos que solicite una excepción de formulario por adelantado para el año próximo. Le informaremos sobre cualquier cambio en la cobertura para su medicamento el año próximo. Puede solicitar una excepción antes del año próximo y le comunicaremos nuestra respuesta dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de su solicitud (o la declaración de apoyo de la persona que receta). Si aprobamos su solicitud, autorizaremos la cobertura antes de que el cambio sea efectivo.

Si usted y su proveedor desean pedir una excepción, en la Sección 7.4 del Capítulo 9 podrá encontrar información sobre lo que debe hacer. Explica los procedimientos y las fechas límite que Medicare ha establecido para garantizar que su solicitud se maneje de manera justa y expedita.

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

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

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

- **Agregar o eliminar medicamentos de la Lista de medicamentos.** Están disponibles nuevos medicamentos, incluidos nuevos medicamentos genéricos. Tal vez el gobierno otorgó su aprobación para un nuevo uso de un medicamento existente. A veces, un medicamento es retirado del mercado y decidimos no cubrirlo. O bien, podemos eliminar un medicamento de la lista porque se ha descubierto que no es efectivo.
- **Agregar o eliminar una restricción de la cobertura de un medicamento** (para obtener información adicional acerca de las restricciones de la cobertura, consulte la Sección 4 de este capítulo).
- **Reemplazar un medicamento de marca por un medicamento genérico.**

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

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

Sección 6.2 ¿Qué sucede si su cobertura cambia respecto de un medicamento que toma?

Información sobre cambios en la cobertura de medicamentos

Cuando los cambios en la Lista de medicamentos ocurren durante el año, publicamos la información sobre estos cambios en nuestro sitio web. Actualizamos nuestra Lista de medicamentos en línea regularmente para incluir cualquier cambio que haya ocurrido después de la última actualización. A continuación, detallamos cuándo recibirá un aviso directo si se hacen cambios en un medicamento que usted toma. También puede llamar al Servicio al Cliente para obtener más información (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este manual).

¿Los cambios en la cobertura de su medicamento lo afectan de inmediato?

Los cambios que pueden afectarlo este año son los siguientes: En los casos que se enumeran a continuación, se verá afectado por los cambios en la cobertura durante el año actual:

- **Un medicamento genérico reemplaza a un medicamento de marca en la Lista de medicamentos (o cambiamos el nivel de costo compartido o agregamos restricciones nuevas al medicamento de marca).**
 - Si un medicamento de marca que usted toma se reemplaza por un medicamento genérico, el plan tiene que notificarlo al menos con 30 días de anticipación o notificarlo del cambio y darle un surtido nuevo de 31 días de su medicamento de marca en una farmacia de la red.
 - Después de que reciba la notificación del cambio, debe colaborar con su proveedor para cambiar al medicamento genérico o a un medicamento diferente que cubramos.
 - O bien, usted o el proveedor que emite sus recetas pueden solicitarle al plan que haga una excepción y continúe cubriendo el medicamento de marca en su caso. Para obtener información acerca de cómo solicitar una excepción, consulte el Capítulo 9 (*Qué hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]*).
- **Medicamentos que no son seguros y otros medicamentos en la Lista de medicamentos que se retiran del mercado**
 - De vez en cuando, es posible que un medicamento se retire repentinamente del mercado porque se descubrió que no es seguro o por otros motivos. Si esto ocurre, eliminaremos el medicamento de la Lista de medicamentos de inmediato. Si usted está tomando ese medicamento, le informaremos este cambio de inmediato.
 - El proveedor que emite sus recetas también sabrá acerca de este cambio, y puede colaborar con usted para encontrar otro medicamento para su enfermedad.
- **Otros cambios en los medicamentos de la Lista de medicamentos**

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

- Una vez empezado el año, puede que hagamos otros cambios que afecten a los medicamentos que usted toma. Por ejemplo, podemos hacer cambios en función de los recuadros de advertencia de la FDA o las nuevas pautas clínicas reconocidas por Medicare. Debemos notificarlo al menos con 30 días de anticipación sobre el cambio o notificarlo sobre el cambio y darle un surtido nuevo de 31 días del medicamento que toma en una farmacia de la red.
- Después de que reciba la notificación sobre el cambio, debe hablar con su médico que emite recetas para cambiarse a un medicamento diferente que cubrimos.
- O bien, usted o el proveedor que emite sus recetas pueden solicitarnos que hagamos una excepción y continuemos cubriendo el medicamento en su caso. Para obtener información acerca de cómo solicitar una excepción, consulte el Capítulo 9 (*Qué hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]*).

Cambios en medicamentos de la Lista de medicamentos que no afectarán a las personas que actualmente toman el medicamento: En el caso de los cambios en la Lista de medicamentos que no se describieron antes, si actualmente usted toma el medicamento, los siguientes tipos de cambios no lo afectarán hasta el 1.º de enero del año próximo si usted permanece en el plan:

- Si agregamos una nueva restricción al uso que usted hace del medicamento.
- Si eliminamos su medicamento de la Lista de medicamentos.

Si se produce alguno de estos cambios para un medicamento que usted toma (pero no debido a que se retiró del mercado, a que un medicamento genérico reemplazó a un medicamento de marca, o a otro cambio mencionado en las secciones anteriores), el cambio no afectará su uso o el monto que usted paga como su parte del costo hasta el 1.º de enero del año próximo. Hasta esa fecha, es posible que no vea ningún aumento en sus pagos ni restricción adicional alguna en su uso del medicamento. Este año, no recibirá avisos directos sobre cambios que no lo afectan. Sin embargo, el 1.º de enero del año próximo, los cambios lo afectarán, y es importante que controle la Lista de medicamentos del año nuevo para ver si hubo cambios en los medicamentos.

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

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

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

No pagaremos por los medicamentos listados en esta sección. La única excepción: Si, mediante una apelación, se establece que el medicamento solicitado no es un medicamento excluido conforme a la Parte D y que deberíamos haberlo pagado o cubierto debido a su situación específica. (Para obtener información acerca de cómo apelar una decisión que hayamos tomado

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

de no cubrir un medicamento, consulte la Sección 7.5 del Capítulo 9 de este manual). Si el medicamento está excluido, usted debe pagarlo.

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

- La cobertura de medicamentos en virtud de la Parte D de nuestro plan no puede cubrir un medicamento que estaría cubierto conforme a la Parte A o la Parte B de Medicare.
- Nuestro plan no puede cubrir un medicamento adquirido fuera de los Estados Unidos y sus territorios.
- Generalmente, nuestro plan no puede cubrir el uso no autorizado. “Uso no autorizado” hace referencia a cualquier uso del medicamento que no se indique en la etiqueta del medicamento como aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA).
 - En general, la cobertura de un “uso no autorizado” se permite únicamente cuando el uso está respaldado por ciertos libros de referencia. Estos libros de referencia son el American Hospital Formulary Service Drug Information (Información sobre los Medicamentos del Servicio de Listas de Medicamentos de los Hospitales Estadounidenses); el DRUGDEX Information System (Sistema de Información DRUGDEX); y, para el cáncer, la National Comprehensive Cancer Network (Red Nacional de Centros Oncológicos Integrales) y Clinical Pharmacology (Farmacología Clínica) o sus sucesores. Si ninguno de estos libros de referencia respalda el uso, entonces nuestro plan no puede cubrir su “uso no autorizado”.

Además, por ley, las categorías de medicamentos que se detallan a continuación no están cubiertas por Medicare. No obstante, algunos de estos medicamentos podrían estar cubiertos para usted en virtud de su cobertura de medicamentos de Medicaid. Usted puede ponerse en contacto con el programa de Medicaid del Estado de Nueva York para averiguar qué medicamentos excluidos están cubiertos de conformidad con su beneficio de Medicaid.

- Medicamentos sin receta (también denominados medicamentos de venta libre).
- Medicamentos cuando se usan para fomentar la fertilidad.
- Medicamentos cuando se usan para aliviar la tos o los síntomas de resfrío.
- Medicamentos cuando se utilizan para fines estéticos o para promover el crecimiento del cabello.
- Vitaminas con receta y productos minerales, excepto vitaminas prenatales y preparaciones de flúor.
- Medicamentos cuando se usan para el tratamiento de disfunción sexual o eréctil.
- Medicamentos cuando se usan para el tratamiento de anorexia, pérdida de peso o aumento de peso.

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

- Medicamentos para pacientes ambulatorios para los cuales el fabricante desea requerir que las pruebas asociadas o los servicios de monitoreo se compren exclusivamente del fabricante como condición de venta.

SECCIÓN 8 Muestre su tarjeta de asegurado del plan cuando surta un medicamento con receta

Sección 8.1	Muestre su tarjeta de asegurado
--------------------	--

Para surtir su medicamento con receta, muestre su tarjeta de asegurado del plan en la farmacia de la red de su elección. Cuando muestre su tarjeta de asegurado del plan, la farmacia de la red enviará la factura automáticamente al plan para su medicamento con receta cubierto.

Sección 8.2	¿Qué sucede si no lleva su tarjeta de asegurado consigo?
--------------------	---

Si no lleva su tarjeta de asegurado consigo cuando surta el medicamento con receta, pida a la farmacia que llame al plan para obtener la información necesaria.

Si la farmacia no puede obtener la información necesaria, **quizá deba pagar el costo completo del medicamento con receta cuando lo retire.** (Puede **solicitar, luego, que le reembolsemos.** Consulte la Sección 2.1 del Capítulo 7 para obtener información acerca de cómo solicitar al plan un reembolso).

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

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

Si es admitido en un hospital o en un centro de enfermería especializada para una estadía cubierta por el plan, generalmente cubriremos el costo de sus medicamentos con receta durante la estadía. Una vez que salga del hospital o el centro de enfermería especializada, el plan cubrirá sus medicamentos siempre y cuando estos cumplan con todas las reglas de cobertura. Consulte las partes anteriores de esta sección que informan sobre las reglas para recibir cobertura de medicamentos.

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

Por lo general, los centros de atención médica a largo plazo (LTC), como los hogares de atención médica especializada, tienen su propia farmacia, o una farmacia que suministra medicamentos

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

para todos sus residentes. Si es residente de un centro de atención médica a largo plazo, puede obtener sus medicamentos con receta a través de la farmacia del centro siempre y cuando forme parte de nuestra red.

Consulte su *Directorio de Farmacias* para comprobar si la farmacia de su centro de atención médica a largo plazo forma parte de nuestra red. De no ser así, o si necesita más información, comuníquese con el Servicio al Cliente (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este manual).

¿Qué sucede si es un residente de un centro de atención médica a largo plazo (LTC) y se convierte en un asegurado nuevo del plan?

Si necesita un medicamento que no se encuentra en nuestra Lista de medicamentos o que está restringido de algún modo, el plan cubrirá un **suministro provisional** de su medicamento durante los primeros *90 días* de ser asegurado. El suministro total será por un suministro máximo de *31 días*, o menos si su receta médica es para menos días. (Tenga en cuenta que la farmacia de atención a largo plazo puede proveer el medicamento en menores cantidades por vez para evitar que se desperdicie). Si ha sido asegurado del plan durante más de *90 días* y necesita un medicamento que no se encuentra en nuestra Lista de medicamentos, o si el plan tiene alguna restricción en la cobertura del medicamento, nosotros cubriremos un suministro de *31 días*, o menos, si su receta médica es por menos días.

Al obtener un suministro de medicamentos provisional, debería hablar con su proveedor para decidir qué hacer cuando se termine dicho suministro provisional. Quizá haya un medicamento diferente cubierto por el plan que puede funcionar con la misma efectividad en su caso. O bien, usted y su proveedor pueden pedirle al plan que haga una excepción en su caso, y cubra el medicamento de la manera que usted desee. Si usted y su proveedor desean pedir una excepción, en la Sección 7.4 del Capítulo 9 podrán encontrar información sobre lo que deben hacer.

Sección 9.3	¿Qué sucede si también recibe cobertura de medicamentos de un plan grupal de un empleador o como jubilado?
--------------------	---

¿Actualmente tiene otra cobertura de medicamentos con receta a través de su empleador o grupo de jubilación (o el de su cónyuge)? De ser así, comuníquese **con el administrador de beneficios de dicho grupo**. Este puede ayudarlo a determinar cómo funcionará su cobertura actual para medicamentos con receta en relación con nuestro plan.

En general, si actualmente está empleado, la cobertura de medicamentos con receta que obtiene de nosotros será *secundaria* a la cobertura de su empleador o grupo de jubilación. Esto significa que su cobertura grupal pagaría primero.

Nota especial acerca de la “cobertura válida”:

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

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

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

Guarde estos avisos acerca de cobertura válida, porque es posible que los necesite en el futuro. Si se inscribe en un plan de Medicare que incluya la cobertura de medicamentos de la Parte D, es posible que necesite estos avisos para certificar que usted ha mantenido una cobertura válida. Si no recibió un aviso acerca de cobertura válida de parte de su empleador o plan grupal de jubilación, puede obtener una copia a través del administrador de beneficios del empleador o del plan de jubilación, o del empleador o sindicato.

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

Los medicamentos nunca están cubiertos por el centro para pacientes con enfermedades terminales y por nuestro plan al mismo tiempo. Si está inscrito en un centro para pacientes con enfermedades terminales de Medicare y requiere un medicamento para las náuseas, un laxante, un analgésico o ansiolítico que no está cubierto por su centro para pacientes con enfermedades terminales porque no está relacionado con su enfermedad terminal y las enfermedades relacionadas, nuestro plan tiene que recibir notificación de la persona que receta o de su proveedor del centro para pacientes con enfermedades terminales que establezca que el medicamento no está relacionado antes de que nuestro plan pueda cubrir el medicamento. Para evitar demoras en la recepción de cualquier medicamento no relacionado que nuestro plan debe cubrir, puede solicitar a la persona que receta o a su proveedor del centro para pacientes con enfermedades terminales que se aseguren de que tengamos la notificación de que el medicamento no está relacionado antes de pedir en una farmacia que surtan su medicamento con receta.

En caso de que revoque la elección de su centro para pacientes con enfermedades terminales o que le den el alta de dicho centro, nuestro plan debe cubrir todos sus medicamentos. Para evitar cualquier demora en una farmacia cuando finalicen los beneficios del centro para pacientes con enfermedades terminales de Medicare, debe llevar a la farmacia documentación para verificar su revocación o alta. Consulte las partes anteriores de esta sección que informan sobre las normas para recibir cobertura de medicamentos en virtud de la Parte D. El Capítulo 6 (*Lo que paga por sus medicamentos con receta de la Parte D*) le brinda más información sobre la cobertura de medicamentos y lo que usted paga.

SECCIÓN 10 Programas sobre gestión y seguridad de los medicamentos

Sección 10.1 Programas para ayudar a los asegurados a tomar los medicamentos en forma segura

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

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

especialmente para los asegurados que tienen más de un proveedor que les receta sus medicamentos.

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

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

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

Sección 10.2	Programa de Administración de Medicamentos (DMP) para ayudar a que los asegurados usen sus opioides de forma segura
---------------------	--

Tenemos un programa que nos puede ayudar a asegurarnos de que nuestros asegurados usen, de forma segura, sus opioides con receta u otros medicamentos cuyo uso suele conducir a abusos. Este programa se llama Programa de Administración de Medicamentos (Drug Management Program, DMP). Si utiliza opioides que obtiene de varios médicos o farmacias, es posible que hablemos con sus médicos para asegurarnos de que su uso es adecuado y medicamento necesario. Si, mientras trabajamos con sus médicos, decidimos que usted corre el riesgo de realizar un uso indebido de los opioides o de abusar de los mismos, es posible que limitemos su acceso a esos medicamentos. Las limitaciones pueden incluir lo siguiente:

- Solicitarle que obtenga todas sus recetas de opioides en una misma farmacia.
- Solicitarle que obtenga todas sus recetas de opioides de un mismo médico.
- Limitar la cantidad de opioides que cubriremos en su caso.

Si decidimos que una de estas limitaciones, o más de una, se aplican en su caso, le enviaremos una carta con anticipación. La carta incluirá información sobre los términos de las limitaciones que creemos que deberían aplicarse en su caso. Además, tendrá la posibilidad de informarnos qué médicos o farmacias prefiere utilizar. Si cree que cometimos un error, o si no está de acuerdo con nuestra determinación de que corre el riesgo de abusar de los medicamentos con receta o si no está de acuerdo con la limitación, usted y el proveedor que emite sus recetas tienen derecho a

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

solicitar una apelación. Para obtener información acerca de cómo solicitar una apelación, consulte el Capítulo 9.

Es posible que el DMP no se aplique en su caso si tiene determinadas afecciones médicas, como cáncer, si recibe atención médica para pacientes con enfermedades terminales, paliativa, o si vive en un centro de atención médica a largo plazo.

Sección 10.3	Programas de gestión de terapias con medicamentos (Medication Therapy Management, MTM) para ayudar a los asegurados a administrar sus medicamentos
---------------------	---

Tenemos un programa que puede ayudar a nuestros asegurados con necesidades de atención médica complejas. Por ejemplo, algunos asegurados tienen varios problemas de salud, toman diferentes medicamentos al mismo tiempo y tienen costos altos de medicamentos.

Este programa es voluntario y gratuito para los asegurados. Un equipo de farmacéuticos y médicos desarrolló el programa para nosotros. Este programa puede ayudar a garantizar que nuestros asegurados obtengan el mayor beneficio posible de los medicamentos que toman. Nuestro programa se denomina Programa de gestión de terapias con medicamentos (MTM). Algunos asegurados que toman medicamentos para diferentes problemas de salud pueden obtener servicios a través del programa MTM. Un farmacéutico u otro profesional médico harán una revisión integral de todos sus medicamentos. Puede hablar sobre cuál es la mejor manera de tomar sus medicamentos, sobre sus gastos y sobre cualquier problema o pregunta que tenga acerca de sus medicamentos con receta y de venta libre. Le daremos un resumen escrito de este diálogo. El resumen incluye un plan de acción para tomar los medicamentos que le recomienda lo que puede hacer para aprovechar mejor sus medicamentos, con espacio para que usted tome nota o anote las preguntas de seguimiento. También recibirá una lista de medicamentos personalizada que incluirá todos los medicamentos que está tomando y el motivo por el que los toma.

Le recomendamos que haga que revisen sus medicamentos antes de su visita temprana de “bienestar”, para poder hablar con su médico acerca del plan de acción y la lista de medicamentos. Lleve su plan de acción y su lista de medicamentos a la consulta o en cualquier momento en que quiera hablar con sus médicos, farmacéuticos y otros proveedores de atención médica. Asimismo, tenga a mano su lista de medicamentos (por ejemplo, con su tarjeta de asegurado) en caso de que tenga que ir al hospital o a la sala de emergencias.

Si tenemos un programa que se adapte a sus necesidades, lo inscribiremos automáticamente en dicho programa y le enviaremos información. Si decide no participar, avísenos y lo retiraremos del programa. Si tiene alguna pregunta relacionada con estos programas, comuníquese con el Servicio al Cliente (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este manual).

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

SECCIÓN 11 Le enviamos informes que explican los pagos por sus medicamentos y en qué etapa de pago se encuentra

Sección 11.1	Le enviamos un informe mensual denominado “Explicación de Beneficios de la Parte D” (la “EOB de la Parte D”)
---------------------	---

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

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

Nuestro plan preparará un informe escrito denominado *Explicación de Beneficios de la Parte D* (a veces denominada “EOB de la Parte D”) cuando haya surtido uno o más medicamentos con receta a través del plan durante el mes anterior. Incluye lo siguiente:

- **Información de ese mes.** Este informe suministra los detalles de pago de los medicamentos con receta que ha surtido durante el mes anterior. Muestra los costos totales de medicamentos, lo que el plan pagó, y lo que usted y otros en su nombre pagaron.
- **Totales para el año desde el 1.º de enero.** Esto se denomina información “hasta la fecha”. Le muestra los costos totales de medicamentos y los pagos totales por sus medicamentos desde que comenzó el año.

Sección 11.2	Ayúdenos a mantener actualizada la información acerca de sus pagos por medicamentos
---------------------	--

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

- **Muestre su tarjeta de asegurado cuando surta un medicamento con receta.** Para asegurarse de que sepamos acerca de los medicamentos con receta que surta y lo que pague, muestre su tarjeta de asegurado cada vez que surta un medicamento con receta.
- **Asegúrese de que contemos con la información que necesitamos.** En ocasiones, usted pagará por los medicamentos con receta si nosotros no obtenemos automáticamente la información que necesitamos para hacer un seguimiento de sus gastos de bolsillo. Para ayudarnos a hacer el seguimiento de sus gastos de bolsillo, puede suministrar copias de los recibos de medicamentos que haya comprado. (Si a usted le facturan un

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

medicamento cubierto, puede solicitarle a nuestro plan que pague el medicamento. Para obtener instrucciones sobre cómo hacerlo, consulte la Sección 2 del Capítulo 7 de este manual). A continuación, se enumeran algunas situaciones en las que quizá desee suministrar copias de sus recibos de medicamentos para asegurarse de que tengamos un registro completo de lo que ha gastado por sus medicamentos:

- Cuando compra un medicamento cubierto en una farmacia de la red a un precio especial o con una tarjeta de descuento que no forma parte de los beneficios de nuestro plan.
 - Cuando hace un copago por medicamentos que se proveen en virtud de un programa de asistencia al paciente que ofrezca el fabricante del medicamento.
 - Cuando haya comprado medicamentos cubiertos en farmacias que no forman parte de la red o en otras oportunidades en que haya pagado el precio completo de un medicamento cubierto en circunstancias especiales.
- **Envíenos información acerca de los pagos que otras personas hayan hecho en su nombre.** Los pagos hechos por ciertos individuos y organizaciones también cuentan dentro de sus gastos de bolsillo y ayudan a que cumpla con los requisitos para la cobertura para casos catastróficos. Por ejemplo, los pagos realizados por un Programa Estatal de Ayuda para Medicamentos, un Programa de Asistencia de Medicamentos para el SIDA (AIDS drug assistance program, ADAP), el Servicio de Salud para Indígenas y la mayoría de las organizaciones de beneficencia se cuentan como gastos de bolsillo. Debe mantener un registro de estos pagos y enviarnos los recibos para que podamos hacer un seguimiento de sus costos.
 - **Lea el informe escrito que le enviamos.** Cuando reciba una *Explicación de Beneficios de la Parte D* (una EOB de la Parte D) por correo postal, léala para asegurarse de que la información esté completa y sea correcta. Si cree que falta información en el informe o si tiene alguna pregunta, llámenos a Servicio al Cliente (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este manual). Asegúrese de guardar estos informes. Son un registro importante de sus gastos en medicamentos.

CAPÍTULO 6

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

Capítulo 6. Lo que paga por sus medicamentos con receta de la Parte D**Capítulo 6. Lo que paga por sus medicamentos con receta de la Parte D**

SECCIÓN 1	Introducción	135
Sección 1.1	Use este capítulo junto con otros materiales que expliquen su cobertura de medicamentos	135
Sección 1.2	Tipos de gastos de bolsillo que puede pagar por medicamentos cubiertos.	136
SECCIÓN 2	Lo que usted paga por un medicamento depende de la “etapa de cobertura para medicamentos” en la que se encuentra cuando obtiene el medicamento	136
Sección 2.1	¿Cuáles son las etapas de cobertura para medicamentos para los asegurados de RiverSpring MAP (HMO D-SNP)?	136
SECCIÓN 3	Le enviamos informes que explican los pagos por sus medicamentos y en qué etapa de pago se encuentra	137
Sección 3.1	Le enviamos un informe mensual denominado “Explicación de Beneficios de la Parte D” (la “EOB de la Parte D”).....	137
Sección 3.2	Ayúdenos a mantener actualizada la información acerca de sus pagos por medicamentos	138
SECCIÓN 4	Durante la Etapa del deducible, usted paga el costo total de los medicamentos	139
Sección 4.1	Usted permanece en la Etapa del deducible hasta haber pagado \$435 por sus medicamentos.....	139
SECCIÓN 5	Durante la Etapa de cobertura inicial, el plan paga su parte del costo de sus medicamentos y usted paga su parte	140
Sección 5.1	Lo que usted paga por un medicamento con receta depende del medicamento y dónde lo surte.....	140
Sección 5.2	Tabla que le muestra sus costos por un suministro de un <i>mes</i> de un medicamento	140
Sección 5.3	Si su médico receta un suministro de menos de un mes, es posible que no deba pagar el costo del suministro de un mes completo	141
Sección 5.4	Una tabla que le muestra sus costos por un suministro a <i>largo plazo</i> (de hasta 31 días) de un medicamento.....	142
Sección 5.5	Usted permanece en la Etapa de cobertura inicial hasta que sus costos totales de medicamentos para el año alcancen los \$4,020	143
SECCIÓN 6	Durante la Etapa de lapso en la cobertura, usted obtiene descuento en los medicamentos de marca y no paga más del 25% del costo de medicamentos genéricos.....	144
Sección 6.1	Usted permanece en la Etapa de lapso en la cobertura hasta que sus gastos de bolsillo alcancen el monto de \$6,350	144

Capítulo 6. Lo que paga por sus medicamentos con receta de la Parte D

Sección 6.2	Cómo calcula Medicare sus gastos de bolsillo por los medicamentos con receta	145
SECCIÓN 7	Durante la Etapa de cobertura para casos catastróficos, el plan paga la mayoría de los costos de sus medicamentos	147
Sección 7.1	Una vez que ingresa en la Etapa de cobertura para casos catastróficos, permanecerá en esta etapa durante el resto del año	147
SECCIÓN 8	Información sobre beneficios adicionales	147
Sección 8.1	Nuestro plan ofrece beneficios adicionales	147
SECCIÓN 9	Lo que paga por las vacunas cubiertas por la Parte D depende de cómo y dónde las recibió	148
Sección 9.1	Es posible que nuestro plan tenga una cobertura por separado para los medicamentos de las vacunas de la Parte D y por el costo de administrar la vacuna	148
Sección 9.2	Le recomendamos que llame a Servicio al Cliente antes de recibir una vacuna	149

Capítulo 6. Lo que paga por sus medicamentos con receta de la Parte D**¿Cómo puede obtener información sobre los costos de sus medicamentos?**

- Debido a que usted es elegible para Medicaid, califica y recibe la “Ayuda Adicional” de Medicare para pagar los gastos de su plan de medicamentos con receta. Debido a que usted está en el programa de “Ayuda Adicional”, **parte de la información que se encuentra en esta Evidencia de Cobertura acerca de los costos por medicamentos con receta de la Parte D no se aplica a usted.** Le hemos enviado un anexo por separado, denominado “Evidencia de Cobertura para las personas que reciben la Ayuda Adicional para pagar sus medicamentos con receta” (también denominado “Anexo para subsidio por ingresos bajos” o el “Anexo LIS”), que le informa acerca de la cobertura de sus medicamentos. Si usted no tiene este anexo, llame al Servicio al Cliente y pida el “Anexo LIS”. (Los números de teléfono del Servicio al Cliente aparecen en la contraportada de este manual).

SECCIÓN 1 Introducción**Sección 1.1 Use este capítulo junto con otros materiales que expliquen su cobertura de medicamentos**

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

Para entender la información sobre pagos que le suministramos en este capítulo, es necesario que conozca los datos básicos sobre qué medicamentos están cubiertos, dónde surtir sus medicamentos con receta y qué reglas seguir cuando obtiene sus medicamentos cubiertos. A continuación, se enumeran materiales que explican estos datos básicos:

La Lista de medicamentos cubiertos por el plan (Formulario). Para simplificar las cosas, la denominamos “Lista de medicamentos”.

Esta Lista de medicamentos le informa qué medicamentos están cubiertos en su caso.

Si necesita una copia de la Lista de medicamentos, llame al Servicio al Cliente (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este manual). También puede encontrar la Lista de medicamentos en nuestro sitio web en *RiverSpringHealthPlans.org*. La Lista de medicamentos que aparece en el sitio web siempre es la más actualizada.

Capítulo 5 de este manual. El Capítulo 5 brinda detalles acerca de su cobertura de medicamentos con receta, incluidas las reglas que necesita seguir cuando obtiene sus medicamentos cubiertos. El Capítulo 5 también informa acerca de qué tipos de medicamentos con receta no están cubiertos por nuestro plan.

Capítulo 6. Lo que paga por sus medicamentos con receta de la Parte D

El Directorio de Proveedores y Farmacias del plan. En la mayoría de las situaciones tiene que acudir a una farmacia de la red para obtener sus medicamentos cubiertos (consulte el Capítulo 5 para conocer los detalles). El *Directorio de Proveedores y Farmacias* tiene una lista de farmacias que forman parte de la red del plan. También le informa acerca de qué farmacias de nuestra red pueden proveerle un suministro a largo plazo de un medicamento (como surtir un medicamento con receta para un suministro de tres meses).

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

Para entender la información sobre pagos que le brindamos en este capítulo, es necesario que conozca los tipos de gastos de bolsillo que puede pagar por sus servicios cubiertos. El monto que usted paga por un medicamento se denomina “costo compartido”, y existen tres maneras en las cuales podemos solicitarle que pague.

El “**deducible**” es el monto que usted tiene que pagar por los medicamentos antes de que nuestro plan comience a pagar su parte.

“**Copago**” significa que usted paga un monto fijo cada vez que surte un medicamento con receta.

“**Coseguro**” significa que usted paga un porcentaje del costo total del medicamento cada vez que surte un medicamento con receta.

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

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

Tal como se muestra en la tabla a continuación, hay “etapas de cobertura para medicamentos” para su cobertura de medicamentos recetados de la Parte D de Medicare conforme a *RiverSpring MAP (HMO D-SNP)*. Lo que usted paga por un medicamento depende de la etapa en la que se encuentre al momento en que surte un medicamento con receta o vuelve a surtirlo.

Capítulo 6. Lo que paga por sus medicamentos con receta de la Parte D

Etapa 1 <i>Etapa del deducible anual</i>	Etapa 2 <i>Etapa de cobertura inicial</i>	Etapa 3 <i>Etapa de lapso en la cobertura</i>	Etapa 4 <i>Etapa de cobertura para casos catastróficos</i>
<p>Si recibe “Ayuda Adicional” para pagar sus medicamentos con receta, el monto de su deducible será \$0, o bien, \$89, según el nivel de “Ayuda Adicional” que reciba. (Consulte el folleto por separado, “Anexo LIS”, para conocer el monto de su deducible).</p> <p><i>Si su deducible es \$0:</i> esta etapa de cobertura no se aplica a usted.</p> <p><i>Si su deducible es \$89:</i> usted paga el costo total de sus medicamentos hasta que haya pagado \$89 por sus medicamentos.</p> <p>(Encontrará información detallada en la Sección 4 de este capítulo).</p>	<p>Durante esta etapa, el plan paga su parte del costo de sus medicamentos y usted paga su parte de dicho costo.</p> <p>Después de que usted (u otras personas en su nombre) haya alcanzado su deducible, el plan paga su parte del costo de sus medicamentos y usted paga su parte del costo.</p> <p>Usted permanece en esta etapa hasta que sus “costos totales de medicamentos” (sus pagos más cualquier pago del plan en virtud de la Parte D) hasta la fecha alcancen un total de \$4,020. (Encontrará información detallada en la Sección 5 de este capítulo).</p>	<p>Durante esta etapa, usted paga el 25% del precio para los medicamentos de marca (más una parte de la tarifa de despacho) y el 25% del precio para los medicamentos genéricos.</p> <p>Usted permanece en esta etapa hasta que sus “gastos de bolsillo” (sus pagos) hasta la fecha alcancen un total de \$6,350. Este monto y las reglas para contar costos dentro de dicho monto han sido establecidos por Medicare.</p> <p>(Encontrará información detallada en la Sección 6 de este capítulo).</p>	<p>Durante esta etapa, el plan pagará la totalidad de los costos de sus medicamentos durante el resto del año calendario (hasta el 31 de diciembre de 2020).</p> <p>(Encontrará información detallada en la Sección 7 de este capítulo).</p>

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

Sección 3.1	Le enviamos un informe mensual denominado “Explicación de Beneficios de la Parte D” (la “EOB de la Parte D”)
--------------------	---

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

Hacemos un seguimiento de lo que ha pagado. Esto se denomina su gasto **“de bolsillo”**.

Hacemos un seguimiento de sus **“costos totales de medicamentos”**. Este es el monto que usted paga de su bolsillo o que otros pagan en su nombre más la cantidad pagada por el plan.

Capítulo 6. Lo que paga por sus medicamentos con receta de la Parte D

Nuestro plan preparará un informe escrito denominado *Explicación de Beneficios de la Parte D* (a veces denominada “EOB de la Parte D”) cuando haya surtido uno o más medicamentos con receta a través del plan durante el mes anterior. Incluye lo siguiente:

Información de ese mes. Este informe suministra los detalles de pago de los medicamentos con receta que ha surtido durante el mes anterior. Muestra los costos totales de medicamentos, lo que el plan pagó, y lo que usted y otros en su nombre pagaron.

Totales para el año desde el 1.º de enero. Esto se denomina información “hasta la fecha”. Le muestra los costos totales de medicamentos y los pagos totales por sus medicamentos desde que comenzó el año.

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

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

Muestre su tarjeta de asegurado cuando surta un medicamento con receta. Para asegurarse de que sepamos acerca de los medicamentos con receta que surta y lo que pague, muestre su tarjeta de asegurado cada vez que surta un medicamento con receta.

Asegúrese de que contemos con la información que necesitamos. En ocasiones, usted pagará por los medicamentos con receta si nosotros no obtenemos automáticamente la información que necesitamos para hacer un seguimiento de sus gastos de bolsillo. Para ayudarnos a hacer el seguimiento de sus gastos de bolsillo, puede suministrarnos copias de los recibos de medicamentos que haya comprado. (Si a usted le facturan un medicamento cubierto, puede solicitarle a nuestro plan que pague nuestra parte del costo del medicamento. Para obtener instrucciones sobre cómo hacerlo, consulte la Sección 2 del Capítulo 7 de este manual). A continuación, se enumeran algunas situaciones en las que quizá desee suministrarnos copias de sus recibos de medicamentos para asegurarse de que tengamos un registro completo de lo que ha gastado por sus medicamentos:

Cuando compra un medicamento cubierto en una farmacia de la red a un precio especial o con una tarjeta de descuento que no forma parte de los beneficios de nuestro plan.

Cuando hace un copago por medicamentos que se proveen en virtud de un programa de asistencia al paciente que ofrezca el fabricante del medicamento.

Cuando haya comprado medicamentos cubiertos en farmacias que no forman parte de la red o en otras oportunidades en que haya pagado el precio completo de un medicamento cubierto en circunstancias especiales.

Envíenos información acerca de los pagos que otras personas hayan hecho en su nombre. Los pagos hechos por ciertos individuos y organizaciones también cuentan dentro de sus gastos de bolsillo y ayudan a que cumpla con los requisitos para la cobertura para casos catastróficos. Por ejemplo, los pagos realizados por un Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica, un Programa de Asistencia de Medicamentos para el

Capítulo 6. Lo que paga por sus medicamentos con receta de la Parte D

SIDA (ADAP), el Servicio de Salud para Indígenas y la mayoría de las organizaciones de beneficencia se cuentan como gastos de bolsillo. Debe mantener un registro de estos pagos y enviarnos los recibos para que podamos hacer un seguimiento de sus costos.

Lea el informe escrito que le enviamos. Cuando reciba una *Explicación de Beneficios de la Parte D* (una EOB de la Parte D) por correo postal, léala para asegurarse de que la información esté completa y sea correcta. Si cree que falta información en el informe o si tiene alguna pregunta, llámenos a Servicio al Cliente (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este manual). Asegúrese de guardar estos informes. Son un registro importante de sus gastos en medicamentos.

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

Sección 4.1	Usted permanece en la Etapa del deducible hasta haber pagado \$435 por sus medicamentos
--------------------	--

La mayoría de nuestros asegurados reciben “Ayuda Adicional” para los costos de sus medicamentos con receta, con lo cual la Etapa del deducible no se aplica a muchos de ellos. Si recibe “Ayuda Adicional”, el monto de su deducible dependerá del nivel de “Ayuda Adicional” que reciba; usted:

- No pagará un deducible.
- O bien, pagará un deducible de \$89.

Consulte el folleto por separado (el “Anexo LIS”) para obtener información sobre el monto de su deducible.

Si no recibe “Ayuda Adicional”, la Etapa del deducible es la primera etapa de cobertura para su cobertura de medicamentos. Comienza esta etapa cuando surte su primer medicamento con 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 \$435 para 2020. **Debe pagar el costo total de sus medicamentos** hasta que alcance el monto deducible del plan. Para todos los demás medicamentos, no tendrá que pagar ningún deducible y comenzará a recibir la cobertura de inmediato.

Su “**costo total**” en general es menor que el precio total normal del medicamento, ya que nuestro plan ha negociado costos menores para la mayoría de los medicamentos.

El “**deducible**” es el monto que usted tiene que pagar por los medicamentos con receta de la Parte D antes de que nuestro plan comience a pagar su parte.

Una vez que haya pagado \$435 por sus medicamentos, usted abandona la Etapa del deducible y pasa a la siguiente etapa de pago para medicamentos, que es la Etapa de cobertura inicial.

Capítulo 6. Lo que paga por sus medicamentos con receta de la Parte D

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

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

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

Sus opciones de farmacia

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

- Una farmacia minorista que no se encuentra en la red del plan.
- Una farmacia que no se encuentra en la red del plan.
- La farmacia de pedido por correo del plan.

Para obtener más información acerca de estas opciones de farmacia y cómo surtir sus medicamentos con receta, consulte el Capítulo 5 de este manual y el *Directorio de Farmacias* del plan.

Sección 5.2	Tabla que le muestra sus costos por un suministro de un mes de un medicamento
--------------------	--

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

- **“Copago”** significa que usted paga un monto fijo cada vez que surte un medicamento con receta.
- **“Coseguro”** significa que usted paga un porcentaje del costo total del medicamento cada vez que surte un medicamento con receta.

Tal como se muestra en la siguiente tabla, el monto del copago o coseguro depende del nivel de costo compartido en el que se encuentre su medicamento. Tenga en cuenta lo siguiente:

- Si su medicamento cubierto cuesta menos que el monto del copago que se indica en el cuadro, pagará el precio inferior por el medicamento. Usted paga *o bien* el precio total del medicamento *o bien* el monto del copago, *según el que sea inferior*.
- Cubrimos medicamentos con recetas surtidos en farmacias que no forman parte de la red solo en situaciones limitadas. Consulte la Sección 2.5 del Capítulo 5 para obtener

Capítulo 6. Lo que paga por sus medicamentos con receta de la Parte D

información sobre cuándo cubriremos los medicamentos con receta surtidos en farmacias que no forman parte de la red.

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

Nivel	Costo compartido minorista estándar (dentro de la red) (suministro de hasta 31 días)	Costo compartido de atención a largo plazo (LTC) (suministro de hasta 31 días)	Costo compartido fuera de la red (La cobertura se limita a ciertas situaciones; consulte el Capítulo 5 para obtener más información) (suministro de hasta 31 días)
Costo compartido del Nivel 1 (Medicamentos de marca y genéricos)	<p>Según sus ingresos y estado institucional, paga lo siguiente, el 25% del costo o:</p> <p>Para medicamentos genéricos (que incluyen medicamentos de marca que se tratan como genéricos), paga: \$0 de copago; o \$1.30 de copago; o \$3.90 de copago; o el 15% del costo.</p> <p>Para todos los demás medicamentos, paga: \$0 de copago; o \$3.90 de copago; o \$8.95 de copago; o el 15% <u>del costo.</u></p>	<p>Según sus ingresos y estado institucional, paga lo siguiente, el 25% del costo o:</p> <p>Para medicamentos genéricos (que incluyen medicamentos de marca que se tratan como genéricos), paga: \$0 de copago; o \$1.30 de copago; o \$3.90 de copago; o el 15% del costo.</p> <p>Para todos los demás medicamentos, paga: \$0 de copago; o \$3.90 de copago; o \$8.95 de copago; o el 15% <u>del costo.</u></p>	<p>Según sus ingresos y estado institucional, paga lo siguiente, el 25% del costo, o:</p> <p>Para medicamentos genéricos (que incluyen medicamentos de marca que se tratan como genéricos), paga: \$0 de copago; o \$1.30 de copago; o \$3.90 de copago; o el 15% del costo.</p> <p>Para todos los demás medicamentos, paga: \$0 de copago; o \$3.90 de copago; o \$8.95 de copago; o el 15% <u>del costo.</u></p>

Sección 5.3

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

Generalmente, el monto que usted paga por un medicamento con receta cubre el suministro de un mes completo de un medicamento cubierto. Sin embargo, su médico puede recetar un suministro de menos de un mes de los medicamentos. En ocasiones, quizá usted desee preguntar al médico que recete un suministro de menos de un mes de un medicamento (por ejemplo, cuando prueba

Capítulo 6. Lo que paga por sus medicamentos con receta de la Parte D

un medicamento por primera vez y se sabe que este tiene efectos secundarios graves). Si su médico receta un suministro de menos de un mes, usted no deberá pagar el suministro de un mes completo de ciertos medicamentos.

El monto que usted paga cuando obtiene un suministro de menos de un mes completo dependerá de si es responsable de pagar el coseguro (un porcentaje del costo total) o un copago (un monto fijo en dólares).

Si es responsable del coseguro, paga un *porcentaje* del costo total del medicamento. Usted paga el mismo porcentaje sin importar si el medicamento con receta es para un suministro de un mes completo o menos días. Sin embargo, debido a que el costo total del medicamento será menor si usted obtiene un suministro de menos de un mes completo, el *monto* que paga será menor.

Si es responsable de un copago por el medicamento, su copago se basará en la cantidad de días del medicamento que reciba. Calcularemos el monto que usted paga por día por el medicamento (la “tasa diaria de costo compartido”) y lo multiplicaremos por la cantidad de días del medicamento que reciba.

Por ejemplo: supongamos que el copago por su medicamento para un suministro de un mes completo (un suministro de 31 días) es de \$30. Esto significa que el monto que usted paga por día por su medicamento es de \$1. Si recibe un suministro de 7 días del medicamento, su pago será de \$1 por día multiplicado por 7 días, que da como resultado un pago total de \$7.

El costo compartido diario le permite asegurarse de que un medicamento sea efectivo para usted antes de tener que pagar el suministro de un mes completo. Asimismo, puede pedirles a su médico que le recete, y al farmacéutico que le surta, un suministro de menos de un mes completo de un medicamento si esto lo ayudara a planear de mejor manera las fechas en las que deberá volver a surtir diferentes medicamentos con receta, de modo de tener que hacer menos viajes a la farmacia. El monto que usted paga dependerá del suministro de días que reciba.

Sección 5.4	Una tabla que le muestra sus costos por un suministro a <i>largo plazo</i> (de hasta 31 días) de un medicamento
--------------------	--

En el caso de algunos medicamentos, puede obtener un suministro a largo plazo (también denominado “suministro extendido”) cuando surta su medicamento con receta. Un suministro a largo plazo es un suministro de hasta 31 días. (Para obtener información sobre dónde y cómo obtener un suministro a largo plazo para un medicamento, consulte la Sección 2.4 del Capítulo 5).

En la siguiente tabla, se muestra lo que debe pagar al obtener un suministro a largo plazo (de hasta 31 días) de un medicamento.

Capítulo 6. Lo que paga por sus medicamentos con receta de la Parte D

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

Nivel	Costo compartido minorista estándar (dentro de la red) (suministro de hasta 31 días)	Costo compartido de pedido por correo (suministro de hasta 31 días)
Costo compartido del Nivel 1 (Medicamentos de marca y genéricos)	<i>Según sus ingresos y estado institucional, paga lo siguiente, el 25% del costo o:</i>	<i>Según sus ingresos y estado institucional, paga lo siguiente, el 25% del costo o:</i>
	Para medicamentos genéricos (que incluyen los medicamentos de marca que se tratan como genéricos), paga: \$0 de copago; o \$1.30 de copago; o \$3.60 de copago; o el 15% del costo.	Para medicamentos genéricos (que incluyen los medicamentos de marca que se tratan como genéricos), paga: \$0 de copago; o \$1.30 de copago; o \$3.60 de copago; o el 15% del costo.
	Para todos los demás medicamentos, paga: \$0 de copago; o \$3.90 de copago; o \$8.95; o el 15% del costo.	Para todos los demás medicamentos, paga: \$0 de copago; o \$3.90 de copago; o \$8.95; o el 15% del costo.

Sección 5.5 Usted permanece en la Etapa de cobertura inicial hasta que sus costos totales de medicamentos para el año alcancen los \$4,020

Usted permanece en la Etapa de cobertura inicial hasta que el monto total de los medicamentos con receta que haya surtido y vuelto a surtir alcance el límite de **\$4,020 para la Etapa de cobertura inicial**.

El costo total de los medicamentos resulta de la suma de lo que usted ha pagado y de lo que cualquier plan de la Parte D haya pagado:

Lo que usted haya pagado respecto de todos los medicamentos cubiertos que haya recibido desde que comenzó con su primera compra de medicamentos del año. (Consulte la Sección 6.2 para obtener más información sobre cómo Medicare calcula sus gastos de bolsillo). Esto incluye:

El monto total que pagó cuando estaba en la Etapa del deducible, que es \$0 o \$89.

Capítulo 6. Lo que paga por sus medicamentos con receta de la Parte D

El total que haya pagado en concepto de su parte del costo de los medicamentos durante la Etapa de cobertura inicial

Lo que el plan haya pagado en concepto de la parte del costo que le corresponda pagar por los medicamentos que se le brinden a usted durante la Etapa de cobertura inicial. (Si estuvo inscrito en un plan diferente de la Parte D en cualquier momento durante 2020, el monto que el plan haya pagado durante la Etapa de cobertura inicial también se cuenta para sus costos totales de los medicamentos).

La *Explicación de Beneficios de la Parte D* (EOB de la Parte D) que le enviamos le ayudará a realizar un seguimiento respecto de la cantidad que usted y el plan, así como cualquier tercero, hayan pagado en su nombre durante el año. Muchas personas no alcanzan el límite de \$4,020 en un año.

Le informaremos si alcanza este monto de \$4,020. Si efectivamente alcanza este monto, abandonará la Etapa de cobertura inicial y pasará a la Etapa de lapso en la cobertura.

SECCIÓN 6 Durante la Etapa de lapso en la cobertura, usted obtiene descuento en los medicamentos de marca y no paga más del 25% del costo de medicamentos genéricos

Sección 6.1	Usted permanece en la Etapa de lapso en la cobertura hasta que sus gastos de bolsillo alcancen el monto de \$6,350
--------------------	---

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

También recibe cierto grado de cobertura para medicamentos genéricos. Paga, como máximo, el 25% del costo de los medicamentos genéricos, y el plan paga el resto. En el caso de los medicamentos genéricos, el monto que paga el plan (75%) no cuenta para sus gastos de bolsillo. Solo el monto que usted paga es el que cuenta y le permite avanzar a lo largo del lapso en la cobertura.

Continúa pagando el precio con descuento para los medicamentos de marca y, como máximo, el 25% del costo de los medicamentos genéricos hasta que sus pagos de bolsillo anuales alcanzan un monto máximo establecido por Medicare. En 2020, el monto es de \$6,350.

Medicare tiene normas respecto de lo que cuenta y lo que *no* cuenta como sus gastos de bolsillo. Cuando alcance el límite de gastos de bolsillo de \$6,350, abandonará la Etapa de lapso en la cobertura y pasará a la Etapa de cobertura para casos catastróficos.

Capítulo 6. Lo que paga por sus medicamentos con receta de la Parte D**Sección 6.2 Cómo calcula Medicare sus gastos de bolsillo por los medicamentos con receta**

A continuación, se indican las normas de Medicare que debemos seguir cuando realizamos un registro de sus gastos de bolsillo por sus medicamentos.

Estos pagos se incluyen en sus gastos de bolsillo

*Al sumar sus gastos de bolsillo, **puede incluir** los pagos indicados a continuación (siempre y cuando correspondan a medicamentos cubiertos por la Parte D y usted siga las normas de la cobertura de medicamentos que se explican en el Capítulo 5 de este manual):*

El monto que paga por los medicamentos cuando usted se encuentra en cualquiera de las siguientes etapas de pago de medicamentos:

La Etapa del deducible.

La Etapa de cobertura inicial.

La Etapa de lapso en la cobertura.

Los pagos que haya realizado durante este año calendario como asegurado de un plan de medicamentos con receta de Medicare diferente antes de haberse inscrito en nuestro plan.

Efectivamente importa quién paga:

Si **usted** realiza estos pagos, se incluyen en sus gastos de bolsillo.

Estos pagos *también se incluyen* si son realizados en su nombre **por otras personas u organizaciones**. Esto incluye pagos por sus medicamentos realizados por un amigo o familiar, la mayoría de las organizaciones de beneficencia, Programas de Asistencia de Medicamentos para el SIDA o por un Programa Estatal de Ayuda para Medicamentos que estén acreditados por Medicare, o por el Servicio de Salud para Indígenas. También están incluidos los pagos realizados por el Programa de “Ayuda Adicional” de Medicare.

También están incluidos algunos de los pagos realizados por el Programa de Descuentos durante el Lapso en la Cobertura de Medicare. Se incluye el monto que el fabricante paga por sus medicamentos de marca. Sin embargo, no se incluye el monto que el plan paga por sus medicamentos genéricos.

Pase a la Etapa de cobertura para casos catastróficos:

Cuando usted (o las personas que paguen en su nombre) hayan gastado un total de \$6,350 en gastos de bolsillo dentro del año calendario, pasará de la Etapa de lapso en la cobertura a la Etapa de cobertura para casos catastróficos.

Capítulo 6. Lo que paga por sus medicamentos con receta de la Parte D

Estos pagos no se incluyen en sus gastos de bolsillo

Al sumar sus gastos de bolsillo, **no puede incluir** ninguno de los siguientes tipos de pagos para los medicamentos con receta:

Los medicamentos que compre fuera de los Estados Unidos y sus territorios.

Los medicamentos que no estén cubiertos por nuestro plan.

Los medicamentos que obtenga en una farmacia que no forma parte de la red y que no cumplan con los requisitos del plan respecto de la cobertura que no forma parte 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

Los pagos de sus medicamentos realizados por determinados planes de seguro y programas médicos financiados por el gobierno, como TRICARE y la Administración de Veteranos.

Los pagos de sus medicamentos realizados por un tercero que tenga la obligación legal de pagar los gastos de los medicamentos con receta (por ejemplo, el seguro de indemnización de trabajadores).

Recuerde: Si cualquier otra organización, como las indicadas anteriormente, paga parte o la totalidad de sus gastos de bolsillo respecto de los medicamentos, usted tiene la obligación de informarlo a nuestro plan. Llame al Servicio al Cliente para informarnos al respecto (los números de teléfono aparecen impresos en la contraportada de este manual).

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

- **Lo ayudaremos.** El informe de la *Explicación de Beneficios de la Parte D* (EOB de la Parte D) que le enviamos incluye el monto actual de sus gastos de bolsillo (en la Sección 3 de este capítulo se brinda información sobre este informe). Cuando alcanza un total de \$6,350 en gastos de bolsillo dentro del año, este informe le indicará que ha abandonado la Etapa de lapso en la cobertura y que ha pasado a la Etapa de cobertura para casos catastróficos.
- **Asegúrese de que contemos con la información que necesitamos.** La Sección 3.2 le brinda información sobre lo que usted puede hacer para ayudar a asegurar que nuestros registros de lo que usted ha gastado estén completos y actualizados.

Capítulo 6. Lo que paga por sus medicamentos con receta de la Parte D

SECCIÓN 7 Durante la Etapa de cobertura para casos catastróficos, el plan paga la mayoría de los costos de sus medicamentos

Sección 7.1	Una vez que ingresa en la Etapa de cobertura para casos catastróficos, permanecerá en esta etapa durante el resto del año
--------------------	--

Usted cumple con los requisitos para ingresar a la Etapa de cobertura para casos catastróficos cuando sus gastos de bolsillo han alcanzado el límite de \$6,350 para el año calendario. Una vez que ingresa en la Etapa de cobertura para casos catastróficos, permanecerá en esta etapa de pago hasta el final del año calendario.

Opción 1:

Durante esta etapa, el plan pagará la totalidad de los costos de sus medicamentos.

Opción 2:

- **Su parte** del costo por un medicamento cubierto será un coseguro o un copago, el monto que resulte *mayor* entre los siguientes:
 - – *o bien* – un coseguro del 5% del costo del medicamento
 - – *o* – \$3.60 para un medicamento genérico o un medicamento que se trate como genérico, y \$8.95 para el resto de los medicamentos.
- **Nuestro plan paga el resto** del costo.

Consulte el folleto por separado (el “Anexo LIS”) para obtener información sobre sus costos durante la Etapa de cobertura para casos catastróficos.

SECCIÓN 8 Información sobre beneficios adicionales

Sección 8.1	Nuestro plan ofrece beneficios adicionales
--------------------	---

Nuestro plan brinda cobertura para diversas vacunas de la Parte D. También cubrimos vacunas que se consideran beneficios médicos. Puede obtener información sobre la cobertura de estas vacunas en el Cuadro de beneficios que se encuentra en la Sección 2.1 del Capítulo 4.

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

- *La primera parte de la cobertura es el costo de los medicamentos de las vacunas en sí. La vacuna es un medicamento con receta.*

Capítulo 6. Lo que paga por sus medicamentos con receta de la Parte D

•La segunda parte de la cobertura es el costo de administrar la vacuna. (Esto a veces se denomina “administración” de la vacuna).

SECCIÓN 9 Lo que paga por las vacunas cubiertas por la Parte D depende de cómo y dónde las recibió

Sección 9.1	Es posible que nuestro plan tenga una cobertura por separado para los medicamentos de las vacunas de la Parte D y por el costo de administrar la vacuna
--------------------	--

Nuestro plan brinda cobertura para diversas vacunas de la Parte D. También cubrimos vacunas que se consideran beneficios médicos. Puede obtener información sobre la cobertura de estas vacunas en el Cuadro de beneficios que se encuentra en la Sección 2.1 del Capítulo 4.

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

La primera parte de la cobertura es el costo de **los medicamentos de las vacunas en sí**. La vacuna es un medicamento con receta.

La segunda parte de la cobertura es el costo de **administrar la vacuna**. (Esto a veces se denomina “administración” de la vacuna).

¿Qué debe pagar por una vacuna cubierta por la Parte D?

Lo que debe pagar por una vacuna cubierta por la Parte D depende de tres cosas:

- 1. El tipo de vacuna** (contra qué se lo está vacunando).
 - Algunas vacunas se consideran beneficios médicos. Puede obtener información sobre la cobertura de estas vacunas en el *Cuadro de beneficios (lo que está cubierto)*, que se encuentra en el Capítulo 4.
 - Algunas vacunas se consideran medicamentos de la Parte D. Puede encontrar estas vacunas en la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* del plan.
- 2. Dónde se le aplica el medicamento de la vacuna**
- 3. Quién le aplica la vacuna.**

Lo que paga al momento de la administración de una vacuna de la Parte D puede variar según las circunstancias. Por ejemplo:

A veces, cuando le administran la vacuna, deberá pagar el costo total del medicamento de la vacuna y de la administración de la vacuna. Puede solicitarle al plan que le reembolse su parte del costo.

A veces, cuando le administran el medicamento de la vacuna o la vacuna, deberá pagar solo su parte del costo.

Capítulo 6. Lo que paga por sus medicamentos con receta de la Parte D

Para mostrarle cómo funciona esto, a continuación encontrará tres maneras comunes de cómo podría recibir una vacuna cubierta por la Parte D. Recuerde que es responsable de todos los costos relacionados con las vacunas (incluida su administración) durante la Etapa del deducible y la Etapa de lapso en la cobertura de su beneficio.

- Situación 1:* Compra la vacuna cubierta por la Parte D en la farmacia y le administran la vacuna en la farmacia que forma parte de la red. (La disponibilidad de esta opción depende del lugar donde vive. Algunos estados no permiten que las farmacias administren vacunas).
- Deberá pagar a la farmacia el monto de su coseguro *O* copago para la vacuna y el costo por administrarla.
 - Nuestro plan pagará el resto del costo.
- Situación 2:* Usted recibe la vacuna de la Parte D en el consultorio médico.
- Cuando le administran la vacuna, deberá pagar todo el costo de la vacuna y de la administración.
 - Luego puede solicitarle a nuestro plan que le reintegre nuestra parte del costo; para ello, deberá utilizar los procedimientos descritos en el Capítulo 7 de este manual (*Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura que recibió por servicios médicos o medicamentos cubiertos*).
 - Se le reembolsará el monto que pagó menos su coseguro *O* copago habitual para la vacuna (incluida la administración).
- Situación 3:* Compra la vacuna cubierta por la Parte D en la farmacia y, luego, la lleva al consultorio médico donde se la administran.
- Deberá pagar a la farmacia el monto de su copago para la vacuna.
 - Cuando el médico le administre la vacuna, deberá pagar el costo total del servicio. Luego puede pedirle a nuestro plan que le reintegre nuestra parte del costo; para ello, deberá usar los procedimientos descritos en el Capítulo 7 de este manual.
 - Se le reembolsará el monto que le cobró el médico para la administración de la vacuna.

Sección 9.2	Le recomendamos que llame a Servicio al Cliente antes de recibir una vacuna
--------------------	--

Las normas de la cobertura de vacunas son complicadas. Estamos aquí para ayudarlo. Le recomendamos que llame primero al Servicio al Cliente cuando quiera administrarse una vacuna. (Los números de teléfono del Servicio al Cliente aparecen en la contraportada de este manual).

- Podemos brindarle información acerca de cómo nuestro plan cubre sus vacunas y explicarle su parte del costo.

Capítulo 6. Lo que paga por sus medicamentos con receta de la Parte D

- Podemos brindarle información acerca de cómo mantener bajo su propio costo acudiendo a los proveedores y las farmacias de nuestra red.

Si no puede acudir a un proveedor y una farmacia que forman parte de la red, podemos brindarle información sobre qué debe hacer para pedirnos que le reintegremos nuestra parte del costo.

CAPÍTULO 7

Cómo solicitarnos que paguemos una factura que recibió por servicios médicos o medicamentos cubiertos

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

SECCIÓN 1	Situaciones en las que debe solicitarnos que paguemos los gastos de sus servicios o medicamentos cubiertos	153
Sección 1.1	Si usted paga sus servicios o medicamentos cubiertos, o si recibe una factura, puede solicitarnos el pago	153
SECCIÓN 2	Cómo debe solicitarnos que le realicemos un reembolso o que paguemos una factura que haya recibido.....	155
Sección 2.1	Cómo y dónde debe enviarnos su solicitud de pago	155
SECCIÓN 3	Analizaremos su solicitud de pago y le brindaremos una respuesta afirmativa o negativa	156
Sección 3.1	Verificaremos si nos corresponde cubrir el servicio o el medicamento.....	156
Sección 3.2	Si le informamos que no pagaremos la atención médica o el medicamento, puede presentar una apelación	156
SECCIÓN 4	Otras situaciones en las que deberá guardar sus recibos y enviarnos copias	157
Sección 4.1	En algunos casos, deberá enviarnos copias de los recibos para ayudarnos a realizar un seguimiento de los gastos de bolsillo de sus medicamentos ..	157

Capítulo 7. Cómo solicitarnos que paguemos una factura que recibió por servicios médicos o medicamentos cubiertos**SECCIÓN 1 Situaciones en las que debe solicitarnos que paguemos los gastos de sus servicios o medicamentos cubiertos****Sección 1.1 Si usted paga sus servicios o medicamentos cubiertos, o si recibe una factura, puede solicitarnos el pago**

Nuestros proveedores de la red facturan al plan directamente por sus servicios y medicamentos cubiertos; usted no debería recibir ninguna factura por los servicios o medicamentos cubiertos. Si le llega una factura por la atención médica o los medicamentos que ha recibido, debe enviarnos esta factura para que podamos pagarla. Cuando nos envíe la factura, la analizaremos y decidiremos si corresponde cubrir los servicios. Si decidimos que corresponde cubrirlos, le pagaremos directamente al proveedor.

Si usted ya ha pagado los servicios o medicamentos cubiertos por el plan, puede pedirle al plan que le devuelva el dinero (la devolución del dinero a menudo se llama “reembolso”). Es su derecho obtener un reembolso por parte del plan siempre que haya pagado los servicios médicos o medicamentos que cubre nuestro plan. Cuando nos envíe la factura que ya ha pagado, la analizaremos y decidiremos si corresponde cubrir los servicios o medicamentos. Si decidimos que corresponde cubrirlos, le reembolsaremos los servicios o los medicamentos.

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

1. Cuando haya recibido atención médica urgente o de emergencia por parte de un proveedor que no forma parte de la red de nuestro plan

Puede recibir servicios de emergencia por parte de cualquier proveedor, independientemente de que forme o no parte de nuestra red. Cuando usted recibe servicios de emergencia o urgencia de un proveedor que no forma parte de nuestra red, debería pedirle al proveedor que le facture al plan.

- Si paga el monto total al momento de recibir la atención, debe solicitarnos que le realicemos un reintegro. Envíenos la factura junto con la documentación de los pagos que haya realizado.
- Cuando reciba una factura por parte de un proveedor en la que se solicita un pago que usted cree que no adeuda. Envíenos esta factura junto con la documentación de los pagos que haya realizado.
 - Si se le debe algo al proveedor, le pagaremos directamente al proveedor.
 - Si usted ya pagó el servicio, le devolveremos el dinero.

2. Cuando un proveedor que forma parte de la red le envía una factura que usted cree que no debe pagar

Los proveedores de la red siempre deben facturarle al plan directamente. Sin embargo, a veces, cometen errores y le solicitan a usted que pague sus servicios.

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

- Cada vez que reciba una factura de un proveedor de la red, envíenos dicha factura. Nos comunicaremos con el proveedor directamente y resolveremos el problema de facturación.
- Si ya ha pagado una factura de un proveedor de la red, envíenos la factura junto con la documentación de todo pago que haya realizado. Debería solicitarnos el reembolso de sus servicios cubiertos.

3. Si se inscribe en nuestro plan en forma retroactiva

A veces, la inscripción de una persona en el plan se hace en forma retroactiva. (De forma retroactiva significa que el primer día de su inscripción ya ha pasado. Es posible que la fecha de la inscripción haya tenido lugar, incluso, el año pasado).

Si se inscribió en nuestro plan de forma retroactiva y pagó de su bolsillo servicios o medicamentos cubiertos después de su fecha de inscripción, puede solicitarnos un reembolso. Deberá presentar cierta documentación para que gestionemos el reembolso. Comuníquese con Servicio al Cliente para obtener información adicional sobre cómo solicitarnos que le realicemos un reembolso y los plazos para realizar la solicitud. (Los números de teléfono del Servicio al Cliente aparecen en la contraportada de este manual).

4. Cuando acude a una farmacia que no forma parte de la red para surtir un medicamento con receta

Si acude a una farmacia que no forma parte de la red e intenta usar su tarjeta de asegurado para surtir un medicamento con receta, es posible que la farmacia no pueda presentarnos directamente la reclamación. Cuando eso sucede, deberá pagar el costo total de su medicamento con receta. (Cubrimos las recetas surtidas en farmacias fuera de la red solo en pocas situaciones especiales. Consulte la Sección 2.5 del Capítulo 5 para obtener más información). Conserve su factura y envíenos una copia para solicitarnos que le realicemos un reembolso.

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

Si no tiene la tarjeta de asegurado con usted, puede solicitarle a la farmacia que llame al plan o que busque su información de inscripción en el plan. Sin embargo, si la farmacia no puede obtener de inmediato la información de inscripción que necesita, es posible que usted deba pagar el costo total del medicamento con receta. Conserve su factura y envíenos una copia para solicitarnos que le realicemos un reembolso.

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

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

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

- Por ejemplo, es posible que el medicamento no esté en la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* del plan, o bien, podría tener un requisito o una restricción que usted desconocía o que no pensaba que se aplicaba a usted. Si decide obtener el medicamento de inmediato, es posible que deba pagar el costo total.
- Conserve su factura y envíenos una copia para solicitarnos que le realicemos un reembolso. En algunos casos, es posible que necesitemos más información de su médico a fin de reembolsarle el medicamento.

Cuando nos envíe una solicitud de pago, la analizaremos y decidiremos si el servicio o el medicamento deberían tener cobertura. Esto se denomina tomar una “decisión de cobertura”. Si decidimos que corresponde cubrirlo, le reembolsaremos el servicio o el medicamento. Si negamos su solicitud de pago, puede apelar nuestra decisión. El Capítulo 9 de este manual (*Qué hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]*) contiene información sobre cómo realizar una apelación.

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

Sección 2.1 Cómo y dónde debe enviarnos su solicitud de pago
--

Envíenos su solicitud de pago junto con la factura y la documentación de los pagos que haya realizado. Puede ser una buena idea hacer una copia de la factura y los recibos para que los conserve como constancia.

Para la Parte C (Reclamaciones médicas) envíenos su solicitud de pago por correo junto con cualquier factura o recibo a la siguiente dirección:

RiverSpring MAP
A/A: Claims Department
80 West 225th Street
Bronx, NY 10463

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

MeridianRx
1 Campus Martius, Suite 750
Detroit, MI 48226

También puede llamar a nuestro plan para solicitar el pago. Para obtener información, diríjase a la Sección 1 del Capítulo 2, y busque la sección denominada “Decisiones de cobertura para atención médica”. Dónde enviar una solicitud para pedirnos que paguemos el costo de la atención médica o de un medicamento que ha recibido.

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

Debe presentar su reclamación dentro de los 60 días de la fecha en que recibió el servicio, producto o medicamento.

Comuníquese con el Servicio al Cliente si tiene preguntas (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este manual). Si recibe facturas y no sabe qué hacer al respecto, podemos ayudarlo. También puede llamar si desea brindarnos más información sobre una solicitud de pago que ya nos envió.

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

Sección 3.1	Verificaremos si nos corresponde cubrir el servicio o el medicamento
--------------------	---

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

- Si decidimos que la atención médica o el medicamento están cubiertos y usted siguió todas las normas para obtener la atención o el medicamento, le pagaremos el servicio. Si ya ha pagado el servicio o el medicamento, le enviaremos el reembolso por correo postal. Si no ha pagado el servicio o el medicamento aún, le enviaremos el pago directamente al proveedor por correo postal. (El Capítulo 3 explica las normas que debe seguir para obtener sus servicios médicos cubiertos. El Capítulo 5 explica las normas que debe seguir para obtener los medicamentos con receta de la Parte D cubiertos).
- Si decidimos que la atención médica o el medicamento *no* están cubiertos o usted *no* siguió todas las normas, no le pagaremos la atención o el medicamento. En lugar de ello, le enviaremos una carta en la que se expliquen los motivos por los cuales no estamos enviando el pago que solicitó y sus derechos de apelar esa decisión.

Sección 3.2	Si le informamos que no pagaremos la atención médica o el medicamento, puede presentar una apelación
--------------------	---

Si considera que cometimos un error al rechazar su solicitud de pago o no está de acuerdo con el monto que le pagamos, puede presentar una apelación. Si presenta una apelación, significa que nos solicita que modifiquemos la decisión que tomamos al rechazar su solicitud de pago.

Para obtener más información sobre cómo realizar esta apelación, consulte el Capítulo 9 de este manual (*Qué hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]*). El proceso de apelación es un proceso formal con procedimientos detallados y plazos importantes. Si es la primera vez que presenta una apelación, puede resultarle útil leer la Sección 5 del Capítulo 9. La Sección 5 es una sección introductoria en la que se explica el proceso de las decisiones y apelaciones en materia de cobertura y se brindan definiciones de términos, como

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

“apelación”. Después de haber leído la Sección 5, puede consultar la sección en el Capítulo 9 que brinda información sobre qué debe hacer en su situación:

- Si desea presentar una apelación para que le devuelvan dinero por un servicio médico, consulte la Sección 6.3 en el Capítulo 9.
- Si desea presentar una apelación para que le reembolsen el importe de un medicamento, consulte la Sección 7.5 del Capítulo 9.

SECCIÓN 4 Otras situaciones en las que deberá guardar sus recibos y enviarnos copias

Sección 4.1	En algunos casos, deberá enviarnos copias de los recibos para ayudarnos a realizar un seguimiento de los gastos de bolsillo de sus medicamentos
--------------------	--

Existen algunas situaciones en las que nos debe informar sobre los pagos que realizó de sus medicamentos. En estos casos, usted no nos solicita el pago. Por el contrario, nos cuenta acerca de los pagos para que podamos calcular correctamente los gastos de bolsillo. Es posible que esto lo ayude a cumplir más rápido con los requisitos para acceder a la Etapa de cobertura para casos catastróficos.

A continuación, presentamos un ejemplo de una situación en la que debe enviarnos copias de los recibos para informarnos acerca de los pagos que realizó para sus medicamentos:

Cuando obtiene un medicamento por medio del programa de ayuda al paciente que ofrece un fabricante del medicamento.

Algunos asegurados están inscritos en un programa de ayuda al paciente que ofrece un fabricante del medicamento que no pertenece a los beneficios del plan. Si obtiene algún medicamento por medio de un programa que ofrece una compañía farmacéutica, es posible que realice un copago al programa de ayuda al paciente.

- Guarde su recibo y envíenos una copia para que podamos llevar la cuenta de sus gastos de bolsillo para ver si es elegible para la Etapa de cobertura para casos catastróficos.
- **Tenga en cuenta lo siguiente:** Debido a que obtiene su medicamento por medio del programa de ayuda al paciente y no por medio de los beneficios del plan, no pagaremos los costos de estos medicamentos. Pero si envía una copia del recibo, nos permitirá calcular sus gastos de bolsillo correctamente y esto puede ayudarlo a cumplir con los requisitos más rápidamente para la Etapa de cobertura para casos catastróficos.

Puesto que no solicita el pago en el caso descrito anteriormente, esta situación no se considera una decisión en materia de cobertura. No obstante, no puede presentar una apelación si no está de acuerdo con nuestra decisión.

CAPÍTULO 8

Sus derechos y responsabilidades

Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades**Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades**

SECCIÓN 1	Nuestro plan debe respetar sus derechos como asegurado del plan	160
Sección 1.1	Debemos proporcionar información de forma tal que a usted le sirva (en idiomas que no sean inglés, en Braille, en letras grandes o en otros formatos alternativos, etc.)	160
Sección 1.2	Debemos garantizar que obtenga acceso oportuno a sus servicios y medicamentos cubiertos	161
Sección 1.3	Debemos proteger la privacidad de su información médica personal.....	161
Sección 1.4	Estamos obligados a proporcionarle información acerca del plan, la red de proveedores y sus servicios cubiertos.....	162
Sección 1.5	Debemos apoyar su derecho de tomar decisiones acerca de su atención	164
Sección 1.6	Tiene derecho a presentar quejas y a solicitarnos que reconsideremos las decisiones	166
Sección 1.7	¿Qué puede hacer si cree que está siendo tratado deshonestamente o que sus derechos no están siendo respetados?	166
Sección 1.8	Cómo obtener información acerca de sus derechos	167
SECCIÓN 2	Usted tiene ciertas responsabilidades como asegurado del plan	167
Sección 2.1	¿Cuáles son sus responsabilidades?	167

Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades

SECCIÓN 1 Nuestro plan debe respetar sus derechos como asegurado del plan

Sección 1.1 Debemos proporcionar información de forma tal que a usted le sirva (en idiomas que no sean inglés, en Braille, en letras grandes o en otros formatos alternativos, etc.)
--

Para obtener información de nosotros de una manera que funcione para usted, llame a Servicio al Cliente (los números de teléfono figuran en la contraportada de este manual).

Nuestro plan tiene personas y servicios de intérpretes gratuitos disponibles para responder las preguntas de asegurados con discapacidades o que no hablan inglés. También podemos proporcionarle información en braille, en letra grande o en otros formatos alternativos sin cargo, si es necesario. Tenemos la obligación de brindarle información sobre los beneficios del plan en un formato que sea accesible y apropiado para usted. Para obtener información de nosotros de una manera que funcione para usted, llame a Servicio al Cliente (los números de teléfono figuran en la contraportada de este manual) o comuníquese con el coordinador de derechos civiles de RiverSpring MAP (HMO D-SNP).

Si tiene dificultades para obtener información de nuestro plan en un formato que sea accesible y apropiado para usted, llame a Servicio al Cliente para presentar una queja formal al 1-800-362-2266; los usuarios de TTY deben llamar al 711. También puede presentar una queja ante Medicare llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o directamente ante la Oficina de Derechos Civiles. La información de contacto está incluida en esta Evidencia de Cobertura o en esta carta, o puede comunicarse con *Servicio al Cliente* para obtener información adicional.

Para recibir información de nosotros de una manera conveniente y efectiva, llame a Servicios para los asegurados (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 asegurados discapacitados y que no hablan español. Este documento está disponible en español. También podemos proporcionarle información en braille, letra grande o en otros formatos alternativos sin costo para usted si lo necesita. Debemos proporcionarle información sobre los beneficios del plan en un formato que sea accesible y adecuado a su caso. Para recibir información de nosotros de una manera conveniente y efectiva, llame a Servicios para los asegurados (los números de teléfono figuran en la portada posterior de este folleto) o comuníquese con el Coordinador de derechos civiles de RiverSpring MAP.

Si tiene alguna dificultad para obtener información sobre nuestro plan en un formato que sea accesible y adecuado a su caso, llame a Servicios para los asegurados al 1-800-363-2266, TTY 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 los asegurados al 1-800-326-2266 para obtener más información.

Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades**Sección 1.2 Debemos garantizar que obtenga acceso oportuno a sus servicios y medicamentos cubiertos**

Como asegurado de nuestro plan, tiene derecho a elegir un proveedor de atención médica en la red del plan para que proporcione y organice sus servicios cubiertos (el Capítulo 3 explica más al respecto). Llame al Servicio al Cliente para saber qué médicos aceptan pacientes nuevos (los números de teléfono se encuentran impresos en la contraportada de este manual). También tiene derecho a visitar un especialista en salud femenina (tal como un ginecólogo) sin una derivación.

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

Si cree que no está obteniendo atención médica o medicamentos de la Parte D dentro de un plazo razonable, en la Sección 11 del Capítulo 9 de este manual encontrará información al respecto. (Si le denegamos cobertura para atención médica o medicamentos y no está de acuerdo con nuestra decisión, en la Sección 5 del Capítulo 9 encontrará información al respecto).

Sección 1.3 Debemos proteger la privacidad de su información médica personal

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

- La “información médica personal” incluye información personal que nos brindó cuando se inscribió en este plan además de su historial clínico y otra información médica y sobre su salud.
- Las leyes que protegen su privacidad le otorgan el derecho a obtener información y a controlar cómo se usa la información relacionada con su salud. Le brindamos una notificación por escrito, llamada “Aviso de Prácticas de Privacidad”, que le informa acerca de estos derechos y explica cómo protegemos la privacidad de su información médica.

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

- Nos aseguramos de que las personas no autorizadas no tengan acceso a, ni cambien sus registros.
- En la mayoría de las situaciones, si le proporcionamos cualquier información sobre su salud a alguna persona que no le proporciona atención ni paga por su atención, *estamos obligados a obtener en primer lugar un permiso suyo por escrito*. El permiso por escrito lo puede otorgar usted o alguna persona a la que le haya dado un poder legal para que tome decisiones por usted.

Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades

- Hay ciertas excepciones que no nos requieren obtener en primer lugar un permiso por escrito suyo. Estas excepciones están permitidas o son exigidas por ley.
 - Por ejemplo, nos obligan a difundir información sobre la salud a agencias gubernamentales que estén comprobando la calidad de la atención.
 - Puesto que es un asegurado de nuestro plan por medio de Medicare, nos obligan a darle a Medicare información sobre su salud que incluye información acerca de los medicamentos con receta de la Parte D. Si Medicare difunde su información para investigaciones u otros usos, esto se llevará a cabo según los estatutos y las regulaciones federales.

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

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

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

Si tiene preguntas o inquietudes sobre la privacidad de su información médica personal, llame al Servicio al Cliente (los números de teléfono se encuentran impresos en la contratapa de este manual).

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

Como asegurado de *RiverSpring MAP (HMO D-SNP)*, tiene derecho a recibir de nuestra parte diversos tipos de información. (Tal como se explicó en la Sección 1.1, usted tiene derecho a obtener información por parte de nosotros de alguna forma que le sea conveniente. Esto incluye obtener información en otros idiomas aparte del inglés y en letra grande o en otro formato alternativo).

Si desea obtener algún tipo de información de la que aparece a continuación, llame al Servicio al Cliente (los números de teléfono aparecen impresos en la contraportada de este manual):

- **Información sobre nuestro plan.** Esto incluye, por ejemplo, información acerca de la condición financiera del plan. También incluye información sobre la cantidad de apelaciones hechas por los asegurados y las calificaciones del desempeño del plan, incluida la forma en que ha sido calificado por los asegurados y cómo se compara con otros planes de salud de Medicare.

Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades

- **Información sobre los proveedores que forman parte de nuestra red, incluidas las farmacias que forman parte de nuestra red.**
 - Por ejemplo, usted tiene derecho a obtener información por parte de nosotros acerca de las certificaciones de los proveedores y las farmacias que participan en nuestra red y sobre la forma en que les pagamos a dichos proveedores.
 - Para ver la lista de proveedores que forman parte de la red del plan, consulte el *Directorio de Proveedores y Farmacias*.
 - Para ver la lista de farmacias que forman parte de la red del plan, consulte el *Directorio de Proveedores y Farmacias*.
 - Para obtener información más detallada sobre nuestros proveedores o farmacias, llame a Servicio al Cliente (los números de teléfono aparecen impresos en la contraportada de este manual) o visite nuestro sitio web, www.RiverSpringHealthPlans.org.
- **Información acerca de su cobertura y las reglas que debe seguir cuando la utilice.**
 - En los Capítulos 3 y 4 de este manual, se explica cuáles son los servicios médicos que tiene cubiertos, las restricciones de su cobertura y las reglas que debe seguir para recibir dichos servicios médicos.
 - Para conocer los detalles de la cobertura de medicamentos con receta de la Parte D, consulte los Capítulos 5 y 6 de este manual, y la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* del plan. En estos capítulos, y en la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)*, encontrará información sobre los medicamentos cubiertos y las explicaciones de las reglas que debe seguir y las restricciones de su cobertura para ciertos medicamentos.
 - Si tiene dudas acerca de las reglas y restricciones, llame al Servicio al Cliente (los números de teléfono aparecen impresos en la contraportada de este manual).
- **Información acerca de por qué algo no está cubierto y qué puede hacer usted al respecto.**
 - Si un servicio médico o medicamento de la Parte D no está cubierto, o si su cobertura está restringida de algún modo, puede solicitarnos una explicación por escrito. Tiene derecho a recibir esta explicación incluso si ya recibió el servicio médico o el medicamento con un proveedor o una farmacia que no formen parte de la red.
 - Si no está satisfecho o está en desacuerdo con una decisión que hayamos tomado acerca de la atención médica o los medicamentos de la Parte D que estén cubiertos para usted, tiene derecho a pedirnos que cambiemos dicha decisión. Puede solicitar que cambiemos nuestra decisión por medio de una apelación. Para conocer los detalles acerca de lo que debe hacer si algo no está cubierto de la forma en que cree que debería estarlo, consulte el Capítulo 9 de este manual. Allí encontrará los detalles acerca de la forma en que debe presentar la apelación si desea que cambiemos nuestra decisión. (El Capítulo 9 también le indicará cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera u otras inquietudes).

Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades

- Si desea solicitar al plan que pague por su parte de los costos de una factura que haya recibido por atención médica o medicamentos con receta de la Parte D, consulte el Capítulo 7 de este manual.

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

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

Tiene derecho a obtener toda la información por parte de su médico y otros proveedores de atención médica cuando acuda a recibir atención médica. Sus proveedores deben explicarle cuál es su problema de salud y sus opciones de tratamiento *de forma que sea fácil de entender para usted*.

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

- **Conocer todos los detalles sobre sus opciones.** Esto significa que usted tiene derecho a que le informen todas las opciones de tratamiento recomendadas para su enfermedad, sin importar lo que cuesten o si están cubiertos o no por su plan. También incluye que le informen acerca de los programas que ofrece nuestro plan para ayudar a los asegurados a administrar sus medicamentos y tomarlos de forma segura.
- **Conocer los riesgos.** Tiene derecho a que le informen acerca de cualquier riesgo involucrado en su atención. Se le debe informar por adelantado si algún tipo de atención médica o tratamiento propuesto es parte de un experimento de investigación. Tiene derecho a negarse a recibir cualquier tratamiento experimental.
- **Derecho a decir “no”.** Tiene derecho a negarse a recibir cualquier tratamiento recomendado. Esto incluye el derecho a irse del hospital o de cualquier otro centro de salud, incluso si su médico le recomienda que no lo haga. También tiene derecho a dejar de tomar sus medicamentos. Por supuesto que, si se niega a recibir el tratamiento o a tomar los medicamentos, usted será responsable por lo que le suceda a su cuerpo como consecuencia de su decisión.
- **A recibir una explicación si se le niega la cobertura para la atención.** Tiene derecho a recibir una explicación por parte de nosotros si algún proveedor le ha negado atención que usted cree que debería recibir. Para recibir esta explicación, tendrá que solicitar una decisión de cobertura. El Capítulo 9 de este manual explica cómo solicitarle al plan una decisión de cobertura.

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

En ocasiones, las personas pierden la capacidad de tomar decisiones sobre su atención médica debido a accidentes o enfermedades graves. Usted tiene derecho a decir lo que quiere que suceda

Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades

si se llegase a encontrar en esa situación. Eso significa que, *si usted lo desea*, puede hacer lo siguiente:

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

Los documentos legales que puede utilizar para proporcionar sus instrucciones por adelantado en estas situaciones se llaman “**instrucciones anticipadas para asuntos médicos**”. Existen distintos tipos de instrucciones anticipadas y distintos nombres para ellas. Los documentos llamados “**testamentos en vida**” y “**poderes para decisiones de atención médica**” son ejemplos de instrucciones anticipadas.

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

- **Obtenga el formulario.** Si desea redactar una instrucción anticipada, podrá obtener el formulario de su abogado, un trabajador social o alguna tienda de artículos de oficina. En ocasiones, puede obtener los formularios para instrucciones anticipadas en organizaciones que brindan información acerca de Medicare. También puede llamar al Servicio al Cliente para solicitar los formularios (los números de teléfono aparecen impresos en la contraportada de este manual).
- **Completar el formulario y firmarlo.** Sin importar dónde consiga este formulario, recuerde que es un documento legal. Puede pedirle a un abogado que lo ayude a completarlo.
- **Entregar copias a las personas adecuadas.** Le recomendamos que les entregue una copia del formulario a su médico y a la persona que designe en el documento para que tome las decisiones en caso de que no pueda hacerlo usted. También le recomendamos que entregue copias a sus parientes y amigos más cercanos. Asegúrese de tener una copia en su casa.

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

- Si lo internan, en el hospital le preguntarán si tiene algún formulario de instrucción anticipada firmado y si lo lleva con usted.
- Si no ha firmado un formulario de instrucción anticipada, el hospital tiene formularios disponibles y se le preguntará si desea firmar uno.

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

Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades**¿Qué sucede si sus instrucciones no son respetadas?**

Si ha firmado una instrucción anticipada y cree que un médico u hospital no siguieron las instrucciones presentes en esta, puede presentar una queja ante

New York State Department of Health
Office of the Commissioner
Empire State Plaza
Corning Tower, 14th Floor
Albany, NY 12237

También puede comunicarse con el Departamento de Salud llamando al 1-518-474-2011.

Sección 1.6 Tiene derecho a presentar quejas y a solicitarnos que reconsideremos las decisiones

Si tiene algún problema o inquietud acerca de la atención o los servicios cubiertos por el plan, en el Capítulo 9 de este manual podrá encontrar instrucciones sobre lo que puede hacer. Le brinda los detalles sobre cómo tratar con todo tipo de problemas y quejas. Lo que necesita hacer para realizar un seguimiento de un problema o una inquietud depende de la situación. Es posible que deba pedir que su plan tome una decisión de cobertura por usted, presentar una apelación para cambiar una decisión de cobertura o realizar una queja. Sin importar lo que haga (solicitar una decisión de cobertura, presentar una apelación o realizar una queja), **estamos obligados a tratarlo de forma justa.**

Usted tiene derecho a obtener un resumen de la información sobre las apelaciones y quejas que otros asegurados hayan presentado a nuestro plan en el pasado. Para obtener esta información, comuníquese con el Servicio al Cliente (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de este manual).

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

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

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

¿Es sobre algún otro tema?

Si cree que ha sido tratado deshonestamente o que sus derechos no han sido respetados, y que *no* es un tema de discriminación, usted podrá obtener ayuda para tratar el problema:

Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades

- También **puede llamar al Servicio al Cliente** (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este manual).
- Puede **llamar al Programa Estatal de Ayuda sobre Seguros Médicos**. Para conocer los detalles de esta organización y cómo comunicarse, consulte la Sección 3 del Capítulo 2.
- O bien, **puede llamar a Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Sección 1.8 **Cómo obtener información acerca de sus derechos**

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

- También **puede llamar al Servicio al Cliente** (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este manual).
- Puede **llamar al Programa Estatal de Ayuda sobre Seguros Médicos**. Para conocer los detalles de esta organización y cómo comunicarse, consulte la Sección 3 del Capítulo 2.
- Puede comunicarse con **Medicare**.
 - Puede visitar el sitio web de Medicare para leer o descargar la publicación “Sus derechos y protecciones con Medicare”. (La publicación está disponible en: <https://www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf>.)
 - O bien, puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 2 **Usted tiene ciertas responsabilidades como asegurado del plan**

Sección 2.1 **¿Cuáles son sus responsabilidades?**

A continuación, enumeramos sus responsabilidades como asegurado del plan. Si tiene alguna pregunta, llame al Servicio al Cliente (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este manual). Estamos aquí para ayudarlo.

- **Aprenda cuáles son los servicios cubiertos por el plan y las reglas que debe seguir para recibirlos.** Use este manual de Evidencia de Cobertura para conocer lo que está cubierto por el plan y las normas que debe seguir para recibir los servicios cubiertos.
 - En los Capítulos 3 y 4 encontrará los detalles sobre sus servicios médicos, incluidos los que están cubiertos, los que no lo están, las reglas que debe seguir y lo que debe pagar.
 - En los Capítulos 5 y 6 encontrará los detalles sobre su cobertura para medicamentos con receta de la Parte D.

Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades

- **Si tiene alguna otra cobertura de seguro médico o de medicamentos con receta que no sea nuestro plan, es necesario que nos lo comuniquen.** Llame al Servicio al Cliente para informarnos al respecto (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este manual).
 - Nosotros estamos obligados a seguir las reglas establecidas por Medicare y Medicaid para asegurarnos de que usted está utilizando toda su cobertura combinada cuando recibe servicios cubiertos por el plan. Este proceso se llama “**coordinación de beneficios**” porque involucra la coordinación de los beneficios médicos y de medicamentos que le brindamos con cualquier otro beneficio similar que tenga disponible. Nosotros lo ayudaremos a coordinar sus beneficios. (Para obtener más información sobre la coordinación de beneficios, consulte la Sección 7 del Capítulo 1).
- **Avíseles a su médico y a otros proveedores de atención médica que usted está inscrito en nuestro plan.** Muestre su tarjeta de asegurado cada vez que reciba atención médica o adquiera sus medicamentos con receta de la Parte D.
- **Permita que sus médicos y otros proveedores lo ayuden brindándoles información, haciéndoles preguntas y siguiendo las instrucciones sobre su atención.**
 - Para que sus médicos y otros proveedores de atención médica puedan brindarle la mejor atención, infórmese todo lo que pueda acerca de sus padecimientos y proporcione la información que necesiten sobre usted y su salud. Siga los planes y las instrucciones de tratamiento que acuerde con su médico.
 - Asegúrese de que sus médicos conozcan todos los medicamentos que toma, incluidos los medicamentos de venta libre, las vitaminas y los suplementos.
 - Si tiene alguna pregunta, no dude en hacerla. Sus médicos y otros proveedores de atención médica deben explicarle todo de una forma que sea fácil de entender. Si hace alguna consulta y no entiende la respuesta, consulte de nuevo.
- **Sea considerado.** Contamos con que todos nuestros asegurados respeten los derechos de los demás pacientes. También contamos con que actúe de forma que colabore con el funcionamiento sin problemas del consultorio del médico, los hospitales y otras oficinas.
- **Pague lo que adeuda.** Como asegurado del plan, es su responsabilidad realizar los pagos por los siguientes servicios:
 - Para ser elegible para nuestro plan, debe tener la Parte A de Medicare y la Parte B de Medicare. Para la mayoría de los asegurados de *RiverSpring MAP (HMO D-SNP)*, Medicaid paga su prima de la Parte A (si no califica para esta automáticamente) y su prima de la Parte B. Si Medicaid no paga sus primas de Medicare, usted debe continuar pagando sus primas de Medicare para permanecer como asegurado del plan.
 - Si recibe algún servicio médico o medicamento que no esté cubierto por nuestro plan o por algún otro seguro en el que esté inscrito, usted tendrá que pagar el costo total.
 - Si no está de acuerdo con nuestra decisión de negarle cobertura para un servicio o medicamento, podrá presentar una apelación. Consulte el

Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades

Capítulo 9 de este manual para obtener información acerca de cómo presentar una apelación.

- Si tiene que pagar una multa por inscripción tardía, tiene que pagarla para conservar su cobertura de medicamentos con receta.
- Si se le requiere que pague el monto adicional para la Parte D debido a sus ingresos más altos (según se informó en su última declaración impositiva), usted deberá pagar el monto adicional directamente al gobierno para poder seguir estando asegurado por el plan.
- **Infórmenos si se muda.** Si va a mudarse, es importante que nos avise de inmediato. Llame al Servicio al Cliente (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este manual).
 - **Si se muda a un estado fuera del área de servicio de nuestro plan, no podrá seguir estando asegurado por nuestro plan.** (En el Capítulo 1 encontrará la explicación sobre el área de servicio). Podemos ayudarlo incluso si va a mudarse fuera de nuestra área de servicio.
 - **Si se muda dentro de nuestra área de servicio, aun así necesitamos saberlo** para poder mantener su registro de participación de asegurado al día y saber cómo comunicarnos con usted.
 - Si se muda, también es importante avisarle al Seguro Social (o a la Junta de Retiro Ferroviario). Podrá encontrar los números de teléfono y la información de contacto de estas organizaciones en el Capítulo 2.
- **Llame al Servicio al Cliente si necesita ayuda o tiene alguna pregunta o inquietud.** También nos gustaría escuchar cualquier sugerencia que tenga para mejorar nuestro plan.
 - Los números de teléfono y el horario de atención del Servicio al Cliente aparecen en la contraportada de este manual.

Para obtener más información sobre cómo comunicarse con nosotros, incluida nuestra dirección postal, consulte el Capítulo 2.

CAPÍTULO 9

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

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

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

INFORMACIÓN GENERAL	174
SECCIÓN 1 Introducción	174
Sección 1.1 Qué hacer si tiene un problema o una inquietud	174
Sección 1.2 ¿Cuáles son los términos legales?	174
SECCIÓN 2 Puede obtener ayuda de las organizaciones gubernamentales que no están relacionadas con nosotros.....	175
Sección 2.1 Dónde conseguir más información y asistencia personalizada	175
SECCIÓN 3 Comprender el proceso de quejas y apelaciones de Medicare y Medicaid en nuestro plan.	177
SECCIÓN 4 Problemas con sus beneficios	177
Sección 4.1 ¿Debe utilizar el proceso de decisiones de cobertura y apelaciones? ¿O desea realizar una queja?	177
SECCIÓN 5 Guía sobre los aspectos básicos de las decisiones de cobertura y apelaciones.....	178
Sección 5.1 Solicitar decisiones de cobertura y presentar apelaciones: Visión general.	178
Sección 5.2 Cómo obtener ayuda cuando solicita una decisión de cobertura o presenta una apelación.....	179
Sección 5.3 ¿Qué sección de este capítulo brinda detalles para su situación?.....	180
SECCIÓN 6 Su atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.....	181
Sección 6.1 Esta sección le dice qué debe hacer si tiene problemas para obtener cobertura de su atención médica o si desea que nosotros le reintegremos el costo de su atención.....	181
Sección 6.2 Paso a paso: Cómo solicitar una decisión de cobertura (cómo pedirle a nuestro plan que autorice o brinde la cobertura de atención médica que desea).....	183
Sección 6.3 Paso a paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 1 (Cómo pedir una revisión de una decisión de cobertura de atención médica que tomó nuestro plan)	186
Sección 6.4 Paso a paso: Cómo se presenta una Apelación de Nivel 2	190
Sección 6.5 ¿Qué sucede si nos pide que le reembolsemos una factura que recibió por atención médica?	192

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

SECCIÓN 7	Sus medicamentos con receta de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación	193
Sección 7.1	Esta sección le informa qué debe hacer si tiene problemas para adquirir un medicamento de la Parte D o si desea que le reintegremos el pago de un medicamento de la Parte D.....	194
Sección 7.2	¿Qué es una excepción?	195
Sección 7.3	Aspectos importantes que debe conocer antes de solicitar excepciones	197
Sección 7.4	Paso a paso: Cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción.....	197
Sección 7.5	Paso a paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 1 (cómo pedir una revisión de una decisión de cobertura que tomó nuestro plan)	201
Sección 7.6	Paso a paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 2.....	204
SECCIÓN 8	Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada si usted considera que el médico le da el alta demasiado pronto.....	206
Sección 8.1	Durante su hospitalización, recibirá un aviso por escrito de Medicare que le informará sus derechos	206
Sección 8.2	Paso a paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 1 para cambiar su fecha de alta hospitalaria	208
Sección 8.3	Paso a paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 2 para cambiar su fecha de alta hospitalaria	211
Sección 8.4	¿Qué sucede si no cumple la fecha límite para presentar su Apelación de Nivel 1?	212
SECCIÓN 9	Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos si usted considera que su cobertura finalizará demasiado pronto.....	215
Sección 9.1	<i>Esta sección trata sobre tres servicios únicamente:</i> atención médica a domicilio, atención en un centro de enfermería especializada y servicios de un Centro de Rehabilitación Integral para Pacientes Ambulatorios (CORF).....	215
Sección 9.2	Le informaremos con anticipación cuándo finalizará su cobertura.....	216
Sección 9.3	Paso a paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 1 para que nuestro plan cubra su atención por más tiempo	217
Sección 9.4	Paso a paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 2 para que nuestro plan cubra su atención por más tiempo	219
Sección 9.5	¿Qué sucede si no cumple la fecha límite para presentar su Apelación de Nivel 1?	220
SECCIÓN 10	Cómo seguir con su apelación en el Nivel 3 y más allá	223
Sección 10.1	Niveles de Apelación 3 y 4 para apelaciones de servicios médicos.....	223

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

Sección 10.2	Niveles de Apelación 3, 4 y 5 para apelaciones de medicamentos de la Parte D.....	223
--------------	---	-----

SECCIÓN 11 Cómo presentar quejas sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, servicio al cliente y otras inquietudes..... 225

Sección 11.1	¿Qué tipos de problemas maneja el proceso de quejas?.....	225
Sección 11.2	El nombre formal para “presentación de una queja” es “presentación de una queja formal”.	227
Sección 11.3	Paso a paso: Cómo presentar una queja	227
Sección 11.4	También puede presentar quejas sobre la calidad de la atención ante la Organización para la Mejora de la Calidad	228
Sección 11.5	También puede informar a Medicare sobre su queja	229

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

INFORMACIÓN GENERAL

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 Qué hacer si tiene un problema o una inquietud

En este capítulo se explican los procesos para tratar los problemas e inquietudes: El proceso que utilice para manejar su problema dependerá del tipo de problema que tenga:

- Para algunos tipos de problemas, usted deberá recurrir al **proceso de decisiones de cobertura y apelaciones**.
- Para otros tipos de problemas, usted tendrá que recurrir al **proceso de presentación de quejas**.

Estos procesos han sido aprobados por Medicare. Para asegurar que sus problemas sean atendidos con honestidad y rapidez, existen reglas, procedimientos y fechas límite para cada proceso que nosotros y usted tenemos que cumplir.

¿Cuál debe usar? La guía que se encuentra en la Sección 3 lo ayudará a identificar el proceso adecuado.

Sección 1.2 ¿Cuáles son los términos legales?

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

Para simplificar las cosas, en este capítulo se explican las reglas y los procedimientos legales con palabras más sencillas que remplazarán a ciertos términos legales. Por ejemplo, en este capítulo, generalmente, aparece “presentar una queja” en lugar de “presentar una queja formal”; “decisión de cobertura” en lugar de “determinación de la organización”, o “determinación de cobertura”, o “determinación en riesgo”; y “Organización de revisión independiente” en lugar de “Entidad de revisión independiente”. Además, se utiliza la menor cantidad posible de abreviaciones.

Sin embargo, es posible que sea útil, y en ocasiones bastante importante, que conozca los términos legales adecuados para la situación en la que se encuentre. Conocer los términos que debe utilizar lo ayudará a comunicarse de forma más clara y precisa cuando trate su problema y a obtener la ayuda o información adecuada para su situación. Para ayudarlo a conocer los términos que debe utilizar, incluimos los términos legales cuando proporcionamos los detalles para tratar los tipos específicos de situaciones.

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

SECCIÓN 2 Puede obtener ayuda de las organizaciones gubernamentales que no están relacionadas con nosotros

Sección 2.1	Dónde conseguir más información y asistencia personalizada
--------------------	---

En ocasiones, comenzar o continuar con un proceso para tratar un problema puede resultar confuso. Esto puede ser así, especialmente, si usted no se siente bien o tiene energía limitada. Otras veces, puede que no cuente con el conocimiento que necesita para dar el próximo paso.

Solicitar ayuda de una organización gubernamental independiente

Siempre estamos disponibles para ayudarlo. Sin embargo, en algunas situaciones, es posible que desee que lo ayude o guíe una persona que no esté conectada con nosotros. Siempre podrá comunicarse con su **Programa Estatal de Ayuda sobre Seguros Médicos (SHIP)**. Este programa gubernamental ha capacitado a consejeros en todos los estados. El programa no está conectado con nosotros ni con ninguna compañía de seguro o plan de salud. Los consejeros de este programa pueden ayudarlo a entender qué procesos deberá utilizar para tratar el problema que tenga. También pueden responder a sus preguntas, proporcionarle más información y ofrecerle una orientación sobre qué hacer.

Los servicios de los consejeros del SHIP son gratuitos. Podrá encontrar los números de teléfono en la Sección 3 del Capítulo 2 de este manual.

También podrá obtener ayuda e información de Medicare

Para obtener más información y ayuda con la gestión de un problema, también puede comunicarse con Medicare. A continuación, aparecen dos formas en las que podrá obtener información directamente de Medicare:

- Puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- Puede visitar el sitio web de Medicare (<https://www.medicare.gov>).

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

Podrá obtener ayuda e información de Medicaid.

Método	Departamento de Salud del Estado de Nueva York: Información de contacto
LLAME AL	<p>1-888-692-1399</p> <p>Ciudad de Nueva York: 718-557-1399 Disponible de lunes a viernes, de 8:00 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>
TTY	<p>711</p> <p>Este número requiere el uso de un equipo de teléfono especial y solo debe ser utilizado por personas con problemas auditivos o del habla.</p>
ESCRIBA A	<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>
SITIO WEB	<p>https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/index.htm</p>

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

Método	Departamento de Salud del Estado de Nueva York: Información de contacto
Método	Livanta (Organización para la Mejora de la Calidad del Estado de Nueva York): Información de contacto
LLAME AL	1-866-815-5440 Lunes a viernes, de 9:00 a. m. a 5:00 p. m. Sábados y domingos, de 11:00 a. m. a 3:00 p. m.
TTY	1-866-868-2289 Este número requiere el uso de un equipo de teléfono especial y solo debe ser utilizado por personas con problemas auditivos o del habla.
ESCRIBA A	Livanta BFCC-QIO Program 10820 Guilford Road, Suite 10 Annapolis Junction, MD 20701-1105
SITIO WEB	http://www.bfccqioarea1.com/

SECCIÓN 3 Comprender el proceso de quejas y apelaciones de Medicare y Medicaid en nuestro plan.

Usted tiene Medicare y recibe asistencia de Medicaid. La información en este capítulo se aplica a **todos** sus beneficios de Medicare y Medicaid. No tiene que usar un proceso para sus beneficios de Medicare y otro proceso para sus beneficios de Medicaid. Esto a veces se denomina “proceso integrado” debido a que integra los procesos de Medicare y Medicaid.

SECCIÓN 4 Problemas con sus beneficios

Sección 4.1	¿Debe utilizar el proceso de decisiones de cobertura y apelaciones? ¿O desea realizar una queja?
--------------------	---

Si tiene algún problema o inquietud, solo necesita leer las partes de este capítulo que se apliquen a su situación. El cuadro a continuación lo ayudará a encontrar la sección correcta de este capítulo para los problemas y las quejas sobre **los beneficios cubiertos por Medicare o Medicaid**.

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

Para averiguar qué parte de este capítulo lo ayudará con su problema o inquietud sobre sus beneficios de **Medicare** o Medicaid, use este cuadro:

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

(Esto incluye problemas acerca de si algún tipo de atención médica o medicamento con receta específico está cubierto o no, la forma en que lo está y los problemas relacionados con el pago por la atención médica o medicamentos con receta).

Sí. Mi problema tiene que ver con los beneficios o la cobertura.

Diríjase a la siguiente sección de este capítulo, la **Sección 5, “Guía sobre los aspectos básicos de las decisiones de cobertura y apelaciones”**.

No. Mi problema no está relacionado con los beneficios o la cobertura.

Salte a la **Sección 11** al final de este capítulo: **“Cómo presentar quejas sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, servicio al cliente y otras inquietudes”**.

SECCIÓN 5 **Guía sobre los aspectos básicos de las decisiones de cobertura y apelaciones**

Sección 5.1	Solicitar decisiones de cobertura y presentar apelaciones: Visión general
--------------------	--

El proceso de solicitar decisiones de cobertura y apelaciones trata los problemas relacionados con sus beneficios y cobertura, incluidos los problemas relacionados con el pago. Este es el proceso que debe usar para tratar problemas con respecto a si algo está o no cubierto y la forma en que lo está.

Solicitar decisiones de cobertura

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos sobre sus beneficios y cobertura o sobre el monto que pagaremos por sus servicios médicos o medicamentos. Cuando tomamos una decisión de cobertura, decidimos qué es lo que está cubierto y cuánto debemos pagar. Por ejemplo, su médico de la red de su plan toma una decisión de cobertura (a su favor) por usted si recibe atención médica de su parte o si su médico de la red lo deriva a un especialista. Usted y su médico también pueden comunicarse con nosotros y solicitar una decisión de cobertura si su médico no está seguro sobre si cubriremos un servicio médico en particular o se niega a proporcionar atención médica que usted crea necesitar. En otras palabras, si usted quiere saber si cubriremos un servicio médico antes de recibirlo, puede solicitarnos que tomemos una decisión de cobertura para usted.

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

En algunos casos, es posible que decidamos que un servicio o medicamento no está cubierto o que perdió la cobertura de Medicare o Medicaid. Si no está de acuerdo con esta decisión, usted podrá presentar una apelación.

Presentar una apelación

Si tomamos una decisión de cobertura y no está satisfecho con ella, usted podrá “apelar” la decisión. Una apelación es una manera formal de solicitarnos que revisemos y cambiemos una decisión de cobertura que hayamos tomado.

El momento en que apela una decisión por primera vez se llama Apelación de Nivel 1. En esta apelación, nosotros revisamos la decisión tomada para verificar que hayamos seguido todas las reglas de forma adecuada. Su apelación es tratada por revisores distintos a los que tomaron la decisión desfavorable original. Cuando hayamos completado la revisión, le comunicaremos nuestra decisión. En ciertas circunstancias, las cuales analizaremos más adelante, usted puede solicitar una “decisión de cobertura rápida” o acelerada o una apelación rápida sobre una decisión de cobertura.

Si nuestra respuesta es negativa para todas o algunas de sus apelaciones de Nivel 1, puede pasar a una Apelación de Nivel 2. La Apelación de Nivel 2 es presentada por una organización independiente que no esté conectada con nosotros. (En algunas situaciones, su caso será enviado automáticamente a la organización independiente para una Apelación de Nivel 2. En otras situaciones, será usted quien deba solicitar una Apelación de Nivel 2). Si no está satisfecho con la decisión en la Apelación de Nivel 2, es posible que pueda continuar con niveles de apelación adicionales.

Sección 5.2	Cómo obtener ayuda cuando solicita una decisión de cobertura o presenta una apelación
--------------------	--

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

- También **puede llamar al Servicio al Cliente** (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este manual).
- Para **obtener ayuda de una organización independiente** que no esté conectada con nuestro plan, comuníquese con el Programa Estatal de Ayuda sobre Seguros Médicos (consulte la Sección 2 de este capítulo).
- **Su médico puede presentar una solicitud por usted.**
 - Para atención médica, su médico puede solicitar una decisión de cobertura o una Apelación de Nivel 1 en su nombre. Si su apelación se rechaza en el Nivel 1, automáticamente se enviará al Nivel 2.
 - Si su médico u otro recetador solicitan que un servicio o un producto que usted ya está recibiendo continúen durante su apelación, es posible que tenga que nombrar a su médico u otro recetador como su representante.

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

- Para solicitar apelación después del Nivel 2, su médico debe estar designado como su representante.
 - Para medicamentos con receta de la Parte D, su médico u otra persona que receta pueden solicitar una decisión de cobertura o una Apelación de Nivel 1 o 2 en su nombre. Para solicitar cualquier apelación después del Nivel 2, su médico u otra persona que receta debe estar designada como su representante.
- **Usted puede pedirle a alguien que actúe en su nombre.** Si lo desea, puede designar a otra persona para que actúe por usted como “representante” para pedir una decisión de cobertura o para presentar una apelación.
 - Puede haber alguien que ya esté legalmente autorizado para actuar como su representante conforme a la ley estatal.
 - Si desea que un amigo, familiar, su médico u otro proveedor, u otra persona, sea su representante, llame al Servicio al Cliente (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este manual) y pida el formulario “Designación de representante”. (El formulario también está disponible en el sitio web de Medicare en <https://www.cms.hhs.gov/cmsforms/downloads/cms1696.pdf>). El formulario le da permiso a esa persona para actuar en su nombre. Deben firmarlo usted y la persona que usted desee que actúe en su representación. Usted debe darnos una copia del formulario firmado.
- **También tiene derecho a contratar a un abogado para que lo represente.** Puede comunicarse con su propio abogado, o bien averiguar el nombre de un abogado de su colegio local de abogados u otro servicio de referidos. También hay grupos que le brindarán servicios legales gratis si usted cumple con los requisitos. No obstante, **no está obligado a contratar a un abogado** para pedir una decisión de cobertura o para apelar una decisión.

Sección 5.3

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

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

- **Sección 6** de este capítulo: “Su atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación”.
- **Sección 7** de este capítulo: “Sus medicamentos con receta de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación”.
- **Sección 8** de este capítulo: “Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada si usted considera que el médico le está dando el alta demasiado pronto”.
- **Sección 9** de este capítulo: “Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos si usted considera que su cobertura finalizará demasiado pronto” (*Se aplica solo a estos servicios*: atención médica a domicilio, atención en un centro de enfermería

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

especializada y servicios de un Centro de Rehabilitación Integral para Pacientes Ambulatorios [CORF]).

Si no está seguro de qué sección debe consultar, llame al Servicio al Cliente (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este manual). También puede obtener ayuda o información de organizaciones del gobierno como el Programa Estatal de Ayuda sobre Seguros Médicos (en la Sección 3 del Capítulo 2 de este manual se encuentran los números de teléfono de este programa).

SECCIÓN 6 Su atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación



¿Ha leído la Sección 5 de este capítulo (*Guía sobre los “aspectos básicos” de las decisiones de cobertura y apelaciones*)? Si no lo ha hecho, le recomendamos leerla antes de comenzar esta sección.

Sección 6.1	Esta sección le dice qué debe hacer si tiene problemas para obtener cobertura de su atención médica o si desea que nosotros le reintegremos el costo de su atención
--------------------	--

Esta sección trata sobre sus beneficios de servicios y atención médica. Estos beneficios se describen en el Capítulo 4 de este manual: *Cuadro de beneficios (lo que está cubierto)*. Para simplificarlo, en general, nos referimos a “cobertura de atención médica” o “atención médica” en el resto de esta sección, en lugar de repetir todo el tiempo “atención o tratamiento o servicios médicos”. El término “atención médica” incluye artículos y servicios médicos al igual que medicamentos con receta de la Parte B de Medicare. En algunos casos, se aplican reglas diferentes a una solicitud de medicamento con receta de la Parte B. En esos casos, explicaremos cómo las reglas para los medicamentos de la Parte B son diferentes de las reglas para artículos y servicios médicos.

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

1. Si no recibe cierta atención médica que desea, y cree que nuestro plan la cubre.
2. Nuestro plan no aprueba la atención médica que su médico u otro proveedor médico desee darle, y usted cree que esta atención está cubierta por el plan.
3. Ha recibido atención o servicios médicos que cree que debe cubrir el plan, pero hemos dicho que no pagaremos esta atención.
4. Recibió y pagó atención o servicios médicos que considera que el plan debe cubrir, y desea pedirle a nuestro plan que le reembolse esta atención.
5. Le dicen que la cobertura para cierta atención médica que ha recibido y previamente estaba aprobada se reducirá o interrumpirá, y usted cree que reducir o interrumpir la atención puede ser perjudicial para su salud.

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

- **NOTA: Si la cobertura que se interrumpirá es para atención hospitalaria, atención médica a domicilio, atención en un centro de enfermería especializada o servicios de un Centro de Rehabilitación Integral para Pacientes Ambulatorios (CORF), debe leer otra sección de este capítulo porque se aplican normas especiales en estos tipos de atención. Esto es lo que debe leer en esas situaciones:**
 - Capítulo 9, Sección 8: *Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada si usted considera que el médico le está dando el alta demasiado pronto.*
 - Capítulo 9, Sección 9: *Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo la atención médica a domicilio, la atención en un centro de enfermería especializada y los servicios de un Centro de Rehabilitación Integral para Pacientes Ambulatorios [CORF] si usted considera que su cobertura finalizará demasiado pronto.* Esta sección trata sobre tres servicios únicamente: atención médica a domicilio, atención en un centro de enfermería especializada y servicios de un Centro de Rehabilitación Integral para Pacientes Ambulatorios (CORF).
- Para *todas las otras* situaciones en que le informen que se interrumpirá la atención médica que recibe, utilice esta sección (Sección 6) como guía para saber qué hacer.

¿En cuál de estas situaciones se encuentra?

Si se encuentra en esta situación:	Esto es lo que puede hacer:
¿Desea saber si cubriremos la atención o servicios médicos que desea?	Puede pedirnos que tomemos una decisión de cobertura para usted. Lea la siguiente sección de este capítulo, Sección 6.2.
¿Ya le dijimos que no cubriremos o pagaremos un servicio médico de la manera que usted desea que esté cubierto o pago?	Puede presentar una apelación . (Esto significa que nos pide que reconsideremos). Salte a la Sección 6.3 de este capítulo.
¿Le hemos informado que interrumpiremos o reduciremos un servicio médico que está recibiendo?	Es posible que pueda mantener esos servicios o productos durante su apelación. Salte a la Sección 6.3 de este capítulo.
¿Desea pedirnos que le reembolsemos el pago de la atención o los servicios médicos que ya recibió y pagó?	Puede enviarnos la factura. Salte a la Sección 6.5 de este capítulo.

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema**o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)****Sección 6.2****Paso a paso: Cómo solicitar una decisión de cobertura (cómo pedirle a nuestro plan que autorice o brinde la cobertura de atención médica que desea)****Términos legales**

Cuando una decisión de cobertura se refiere a su atención médica, se denomina “**determinación integrada de la organización**”.

Paso 1: Usted le pide a nuestro plan que tome una decisión de cobertura sobre la atención médica que solicita. En caso de que su salud exija una respuesta rápida, nos debe solicitar que tomemos una “**decisión de cobertura rápida**”.

Términos legales

Una “**decisión de cobertura rápida**” se denomina “**determinación acelerada integrada**”.

Cómo solicitar cobertura por la atención médica que desea

- Primero llame, escriba o envíe un fax a nuestro plan para solicitarnos que autoricemos o brindemos cobertura para la atención médica que desea. Usted, su representante o su médico pueden hacerlo.
- Para obtener detalles sobre cómo comunicarse con nosotros, consulte la Sección 1 del Capítulo 2 y busque la sección *Cómo comunicarse con nosotros cuando está solicitando decisiones de cobertura sobre su atención médica*.

En general, usamos las fechas límite estándar para informarle nuestra decisión.

Cuando le comuniquemos nuestra decisión, usaremos las fechas límite “estándar”, a menos que hayamos acordado usar las fechas límite “rápidas”. Una **decisión de cobertura estándar significa que le daremos una respuesta dentro de un plazo de 14 días calendario** después de haber recibido su solicitud de un producto o servicio médico. Si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare, le contestaremos dentro de 72 horas después de que hayamos recibido su solicitud.

- **Para una solicitud de un producto o servicio médico podemos tardar hasta 14 días calendario más** si nos pide más tiempo o si necesitamos información (como expedientes médicos de proveedores que no forman parte de la red) que pueda beneficiarlo. Si decidimos tomarnos unos días adicionales para tomar la decisión, le informaremos por escrito. No podemos tardar más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.
- Si cree que *no* debemos tardar días adicionales, puede presentar una “**queja rápida**” sobre nuestra decisión de tardar días adicionales. Cuando presente una queja

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

rápida, le daremos una respuesta a esta dentro de las 24 horas. (El proceso para presentar una queja es diferente del proceso para las decisiones y apelaciones sobre la cobertura. Para obtener más información sobre el proceso para presentar quejas, incluidas las rápidas, consulte la Sección 11 de este capítulo).

Si su salud lo requiere, pídanos una “decisión de cobertura rápida”.

- **Una decisión de cobertura rápida significa que contestaremos dentro de las 72 horas si su solicitud es para un producto o servicio médico. Si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare, contestaremos dentro de 24 horas.**
 - **En el caso de una solicitud para un producto o servicio médico podemos tardar hasta 14 días calendario más** si descubrimos que falta información que puede beneficiarlo (como expedientes médicos de proveedores que no forman parte de la red) o si necesita tiempo para brindarnos información para la revisión. Si decidimos tomarnos unos días adicionales, le informaremos por escrito. No podemos tardar más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.
 - Si cree que *no* debemos tardar días adicionales, puede presentar una “queja rápida” sobre nuestra decisión de tardar días adicionales. (Para obtener más información sobre el proceso para presentar quejas, incluidas las rápidas, consulte la Sección 11 de este capítulo). Lo llamaremos en cuanto tomemos la decisión.
- **Para obtener una decisión de cobertura rápida, debe cumplir dos requisitos:**
 - Puede recibir una decisión de cobertura rápida *solo* si solicita cobertura de atención médica *que aún no haya recibido*. (No puede recibir una decisión rápida de cobertura si su solicitud trata sobre el pago de atención médica que ya recibió).
 - Puede obtener una decisión de cobertura rápida *solo* si el uso de los plazos estándar puede *causar daños graves a su salud o dañar sus capacidades*.
- **Si su médico nos informa que su salud exige una “decisión de cobertura rápida”, automáticamente aceptaremos proporcionarle una decisión de cobertura rápida.**
- Si solicita una decisión de cobertura rápida por su cuenta (sin el apoyo de su médico), decidiremos si su salud exige que le comuniquemos una decisión de cobertura rápida.
 - Si decidimos que su problema de salud no cumple con los requisitos de decisión de cobertura rápida, le enviaremos una carta donde le informaremos esto (y usaremos, en cambio, las fechas límite estándar).
 - Esta carta le informará que, si su médico solicita la decisión de cobertura rápida, comunicaremos automáticamente dicha decisión.
 - La carta también le informará cómo puede presentar una “queja rápida” sobre nuestra decisión de comunicarle una decisión de cobertura estándar en lugar de la decisión de cobertura rápida que solicitó. (Para obtener más información

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

acerca del proceso para presentar quejas, incluidas las rápidas, consulte la Sección 11 de este capítulo).

Paso 2: Consideramos su solicitud de cobertura de atención médica y le comunicamos una respuesta.*Plazos para una decisión de cobertura “rápida”*

- En general, para una decisión de cobertura rápida para un producto o servicio médico, le responderemos **dentro de las 72 horas**. Si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare, contestaremos dentro de 24 horas.
 - Como se explicó antes, podemos tardar hasta 14 días calendario más en ciertas circunstancias. Si decidimos tomarnos unos días adicionales para tomar la decisión de cobertura, le informaremos por escrito. No podemos tardar más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.
 - Si cree que *no* debemos tardar días adicionales, puede presentar una “queja rápida” sobre nuestra decisión de tardar días adicionales. Cuando presente una queja rápida, le daremos una respuesta a esta dentro de las 24 horas. (Para obtener más información acerca del proceso para presentar quejas, incluidas las rápidas, consulte la Sección 11 de este capítulo).
 - Si no le damos una respuesta dentro de las 72 horas (o si hay un plazo extendido, al finalizar ese plazo), o 24 horas si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare, tiene derecho a apelar. En la Sección 6.3 se indica cómo presentar una apelación.
- **Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, tenemos que autorizar o prestar la cobertura de atención médica que hemos acordado prestar dentro de las 72 horas después de recibida su solicitud. Si extendiéramos el plazo necesario para tomar nuestra decisión de cobertura sobre su solicitud de un producto o servicio médico, autorizaremos o brindaremos la cobertura al finalizar ese plazo extendido.
- **Si no aceptamos cubrir una parte o el total de lo que solicitó**, le enviaremos una explicación por escrito sobre por qué rechazamos la solicitud.

Plazos para una decisión de cobertura “estándar”

- En general, para una decisión de cobertura estándar sobre su solicitud de un producto o servicio médico, le daremos una respuesta **dentro de un plazo de 14 días calendario después de haber recibido su solicitud**. Si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare, le contestaremos **dentro de las 72 horas** después de que hayamos recibido su solicitud.
 - Para una solicitud de un producto o servicio médico, podemos tardar hasta 14 días calendario más (“un plazo extendido”) en ciertas circunstancias. Si decidimos tomarnos unos días adicionales para tomar la decisión de cobertura, le informaremos por escrito. No podemos tardar más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.

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

- Si cree que *no* debemos tardar días adicionales, puede presentar una “queja rápida” sobre nuestra decisión de tardar días adicionales. Cuando presente una queja rápida, le daremos una respuesta a esta dentro de las 24 horas. (Para obtener más información acerca del proceso para presentar quejas, incluidas las rápidas, consulte la Sección 11 de este capítulo).
- Si no le damos una respuesta dentro de los 14 días calendario (o si hay un plazo extendido, al finalizar ese plazo), o 72 horas si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B, tiene derecho a apelar. En la Sección 6.3 se indica cómo presentar una apelación.
- **Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, tenemos que autorizar o prestar la cobertura que hemos acordado prestar dentro de los 14 días calendario, o 72 horas si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B, después de recibida su solicitud. Si extendiéramos el plazo necesario para tomar nuestra decisión de cobertura sobre su solicitud de un producto o servicio médico, autorizaremos o brindaremos la cobertura al finalizar ese plazo extendido.
- **Si no aceptamos cubrir una parte o el total de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito en la que se explicará por qué rechazamos la solicitud.

Paso 3: Si rechazamos su solicitud de cobertura de atención médica, deberá decidir si desea presentar una apelación.

- Si la rechazamos, tiene derecho a pedirnos que reconsideremos (y tal vez cambiemos) esta decisión, mediante una apelación. Presentar una apelación significa intentar otra vez obtener cobertura de atención médica que usted desea.
- Si decide presentar una apelación, significa que su apelación se remitirá al Nivel 1 del proceso de apelación (consulte la Sección 6.3 a continuación).

Sección 6.3**Paso a paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 1 (Cómo pedir una revisión de una decisión de cobertura de atención médica que tomó nuestro plan)****Términos legales**

Una apelación al plan por una decisión de cobertura de atención médica se denomina “reconsideración integrada” del plan.

Paso 1: Puede comunicarse con nosotros y presentar su apelación. Si su salud requiere de respuesta rápida, tiene que pedir una “apelación rápida”.

Qué debe hacer

- **Para iniciar la apelación, usted, su médico o su representante tienen que comunicarse con nosotros.** Para obtener más información sobre cómo comunicarse con nosotros por cualquier propósito relacionado con la apelación,

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

consulte la Sección 1 del Capítulo 2, y busque la sección denominada (*Cómo comunicarse con nosotros cuando presenta una apelación sobre su atención médica*).

- **Si solicita una apelación estándar, preséntela en una solicitud estándar por escrito.** Asimismo, puede solicitar una apelación llamándonos al número de teléfono que aparece en la Sección 1 del Capítulo 2 (*Cómo comunicarse con nosotros cuando presenta una apelación sobre su atención médica*).
 - Si otra persona apela en su nombre nuestra decisión, y esa persona no es su médico, su apelación debe incluir un formulario de Designación de representante donde se autoriza a esta persona a que lo represente. Si su médico u otro recetador solicitan que un servicio o un producto que usted ya está recibiendo continúen durante su apelación, es posible que tenga que nombrar a su médico u otro recetador como su representante. (Para obtener el formulario, llame a Servicio al Cliente [los números de teléfono aparecen en la contraportada de este manual] y pida un formulario de “Designación de representante”. También está disponible en el sitio web de Medicare en <https://www.cms.hhs.gov/cmsforms/downloads/cms1696.pdf>). Aunque podemos aceptar una solicitud de apelación sin el formulario, no podemos comenzar ni finalizar nuestra revisión hasta que lo recibamos. Si no recibimos el formulario dentro de los 44 días calendario posteriores a la recepción de su solicitud de apelación (nuestra fecha límite para tomar la decisión sobre su apelación), se descartará su solicitud de apelación. Si esto ocurre, le enviaremos un aviso por escrito donde se explicará su derecho a pedir a la Organización de revisión independiente que revise nuestra decisión de rechazar su apelación.
- **Si solicita una apelación rápida, presente la apelación por escrito o llámenos** al número de teléfono que aparece en la Sección 1 del Capítulo 2 (*Cómo comunicarse con nosotros cuando presenta una apelación sobre su atención médica*).
- **Tiene que presentar su solicitud de apelación dentro de los 60 días calendario** después de la fecha del aviso escrito que le enviamos para informarle nuestra respuesta a su solicitud de decisión de cobertura. Si no cumple esta fecha límite y tiene un buen motivo, le podemos dar más tiempo para presentar su apelación. Los ejemplos de buen motivo para incumplir la fecha límite pueden incluir si tuvo una enfermedad grave que le impidió comunicarse con nosotros o si le brindamos información incompleta o incorrecta sobre la fecha límite para solicitar una apelación.
- **Puede solicitar una copia gratuita de la información sobre su decisión médica, y agregar más información para fundamentar su apelación.**
 - Tiene derecho a pedirnos una copia gratuita de la información sobre su apelación.
 - Si lo desea, usted y su médico pueden proporcionarnos información adicional para respaldar su apelación.

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

Si su salud lo requiere, pida una “apelación rápida” (puede llamarnos para solicitarla)

Términos legales
Una “apelación rápida” también se llama “reconsideración acelerada integrada”.

- Si apela una decisión que tomamos sobre la cobertura de atención que aún no recibió, usted o su médico deben decidir si necesita una “apelación rápida”.
- Los requisitos y procedimientos para obtener una “apelación rápida” son los mismos que los que se necesitan para obtener una “decisión de cobertura rápida”. Para solicitar una apelación rápida, siga las instrucciones para pedir una decisión de cobertura rápida. (Estas instrucciones se indican anteriormente en esta sección).
- Si su médico nos informa que su salud requiere de una “apelación rápida”, le daremos una apelación rápida.

Si le informamos que vamos a interrumpir o reducir servicios o productos que ya estaba recibiendo, es posible que pueda mantener esos servicios o productos durante su apelación.

- Si decidimos cambiar o finalizar la cobertura de un servicio, producto o medicamento que recibe en la actualidad, le enviaremos un aviso antes de tomar la medida propuesta.
- Si no está de acuerdo con la medida, puede presentar una Apelación de Nivel 1. Continuaremos cubriendo el servicio, producto o medicamento si usted solicita su Apelación de Nivel 1 dentro de los 10 días calendario desde la fecha del matasellos de nuestra carta o antes de la fecha de entrada en vigencia estimada de la medida, lo que ocurra más tarde.
- Si cumple con este plazo, puede continuar recibiendo el servicio, producto o medicamento sin cambio alguno mientras su apelación esté pendiente. Además seguirá recibiendo todos los demás servicios, productos o medicamentos (que no sean objeto de su apelación) sin cambio alguno.

Paso 2: Consideramos su apelación y le comunicamos una respuesta.

- Cuando revisamos su apelación, repasamos otra vez cuidadosamente toda la información acerca de su solicitud de cobertura de atención médica. Verificamos si seguimos todas las normas cuando rechazamos su solicitud.
- Obtendremos más información si la necesitamos. Es posible que nos comuniquemos con usted, o con su médico, para obtener más información.

Plazos para una apelación “rápida”

- Cuando usamos las fechas límite rápidas, tenemos que comunicarle nuestra respuesta **dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de su apelación.** Le proporcionaremos nuestra respuesta antes si su salud así lo requiere.

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

- Si pide más tiempo, o si necesitamos más información que pueda beneficiarlo, **podemos tardar hasta 14 días calendario más** si su solicitud es para un producto o servicio médico. Si decidimos tomarnos unos días adicionales para tomar la decisión, le informaremos por escrito. No podemos tardar más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.
- Si no le comunicamos una respuesta dentro de las 72 horas (o al final del plazo extendido, si nos tomamos días adicionales), debemos remitir su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación, en forma automática, donde será revisada por una Organización de revisión independiente. Más adelante en esta sección, hablamos acerca de esta organización y explicamos lo que sucede en el Nivel 2 del proceso de apelación.
- **Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, tenemos que autorizar o prestar la cobertura que hemos acordado prestar dentro de las 72 horas después de recibida su apelación.
- **Si rechazamos la totalidad o parte de su solicitud**, enviaremos su apelación automáticamente a la Oficina de Audiencias Administrativas Integradas para una Apelación de Nivel 2.

Plazos para una apelación “estándar”

- Si aplicamos las fechas límite estándar, tenemos que comunicarle nuestra respuesta de un pedido por un elemento o servicio médico **dentro de los 30 días calendario** después de recibida su apelación si su apelación trata sobre la cobertura de servicios que no recibió aún. Si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare o para un medicamento con receta de Medicaid, le contestaremos dentro de los **7 días calendario** después de que hayamos recibido su apelación si su apelación es sobre la cobertura de un medicamento con receta de la Parte B o de un medicamento con receta de Medicaid que aún no ha recibido. Le comunicaremos nuestra decisión antes de ese plazo si su salud exigiera que lo hagamos.
 - Si pide más tiempo, o si necesitamos más información que pueda beneficiarlo, **podemos tardar hasta 14 días calendario más** si su solicitud es para un producto o servicio médico. Si decidimos que necesitamos tomarnos más días para tomar la decisión, le informaremos por escrito. No podemos tardar más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.
 - Si cree que *no* debemos tardar días adicionales, puede presentar una “queja rápida” sobre nuestra decisión de tardar días adicionales. Cuando presente una queja rápida, le daremos una respuesta a esta dentro de las 24 horas. (Para obtener más información acerca del proceso para presentar quejas, incluidas las rápidas, consulte la Sección 11 de este capítulo).
 - Si no le comunicamos una respuesta dentro de la fecha límite anterior (o al final del plazo extendido, si nos tomamos días adicionales sobre su solicitud de un producto o servicio médico), debemos remitir su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación. En ese caso, una organización externa independiente la revisará.

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

Más adelante en esta sección, hablamos acerca de esta organización de revisión y explicamos lo que sucede en el Nivel 2 del proceso de apelación.

- **Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, tenemos que autorizar o prestar la cobertura que hemos acordado prestar dentro de los 30 días calendario, o los **7 días calendario** si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare, después de recibida su apelación.
- **Si rechazamos la totalidad o parte de su solicitud**, enviaremos su apelación automáticamente a la Organización de revisión independiente para una Apelación de Nivel 2.

Paso 3: Si nuestro plan rechaza todo o parte de su apelación, su caso se enviará automáticamente al siguiente nivel del proceso de apelación.

- Para asegurarnos de haber seguido todas las reglas cuando rechazamos su apelación, **estamos obligados a enviar su apelación a una organización de revisión independiente, llamada “Oficina de Audiencias Administrativas Integradas”**. Cuando lo hacemos, significa que su apelación pasará al siguiente nivel del proceso de apelación, que es el Nivel 2.

Sección 6.4	Paso a paso: Cómo se presenta una Apelación de Nivel 2
--------------------	---

Si nuestro plan rechaza su Apelación de Nivel 1, su caso se enviará *automáticamente* al siguiente nivel del proceso de apelación. Durante la Apelación de Nivel 2, la **Oficina de Audiencias Administrativas Integradas** revisa nuestra decisión sobre su primera apelación. Esta organización decide si la decisión que tomamos debería cambiar.

Paso 1: La Oficina de Audiencias Administrativas Integradas revisa su apelación.

- **La Oficina de Audiencias Administrativas Integradas es un organismo independiente del estado de Nueva York.** No está relacionada con nosotros. Medicare y Medicaid supervisan su trabajo.
- Enviaremos la información sobre su apelación a esta organización. Esta información se denomina su “expediente del caso”. **Tiene derecho a pedirnos una copia gratuita de su expediente del caso.**
- Tiene derecho a suministrarle a la Oficina de Audiencias Administrativas Integradas información adicional para fundamentar su apelación.
- Los revisores de la Oficina de Audiencias Administrativas Integradas analizarán cuidadosamente toda la información en relación con su apelación. La Oficina de Audiencias Administrativas Integradas se comunicará con usted para programar una audiencia.

Si tuvo una apelación “rápida” en el Nivel 1, también la tendrá en el Nivel 2.

- Si presentó a nuestro plan una apelación rápida al Nivel 1, automáticamente recibirá una apelación rápida al Nivel 2. La organización de revisión debe responderle a su

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

Apelación de Nivel 2 **dentro de las 72 horas** del momento en que recibe su apelación.

- Si su solicitud es para un producto o servicio médico y la Oficina de Audiencias Administrativas Integradas necesita más información que pueda beneficiarlo, **puede tardar hasta 14 días calendario más**. La Oficina de Audiencias Administrativas Integradas no puede tardar más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.

Si tuvo una apelación “estándar” en el Nivel 1, también la tendrá en el Nivel 2.

- Si presentó a nuestro plan una apelación estándar al Nivel 1, automáticamente recibirá una apelación estándar al Nivel 2.
 - Si su solicitud es para un producto o servicio médico, la organización de revisión debe responderle a su Apelación de Nivel 2 **dentro de los 30 días calendario** del momento en que recibe su apelación.
 - Si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare, la organización de revisión debe responderle a su Apelación de Nivel 2 **dentro de los 7 días calendario** del momento en que recibe su apelación.
- Si su solicitud es para un producto o servicio médico y la Oficina de Audiencias Administrativas Integradas necesita más información que pueda beneficiarlo, **puede tardar hasta 14 días calendario más**. La Oficina de Audiencias Administrativas Integradas no puede tardar más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.

Si calificó para la continuación de los beneficios cuando presentó su Apelación de Nivel 1, sus beneficios para el servicio, producto o medicamento también continuarán durante el Nivel 2. Vaya a la página 153 para obtener información sobre la continuación de sus beneficios durante las Apelaciones de Nivel 1.

Paso 2: La Oficina de Audiencias Administrativas Integradas le comunica su respuesta.

La Oficina de Audiencias Administrativas Integradas le informará su decisión por escrito y explicará sus motivos.

- **Si la Oficina de Audiencias Administrativas Integradas acepta parte o la totalidad de una solicitud para un producto o servicio médico**, debemos:
 - autorizar la cobertura de la atención médica **dentro de las 72 horas** o
 - prestar el servicio **dentro de los 14 días calendario** después de que recibamos la decisión de la Oficina de Audiencias en el caso de **solicitudes estándar** o
 - prestar el servicio **dentro de las 72 horas** después de la fecha en que recibamos la decisión de la Oficina de Audiencias en el caso de **solicitudes aceleradas**.
- **Si la Oficina de Audiencias Administrativas Integradas acepta parte o la totalidad de una solicitud para un medicamento con receta de la Parte B de**

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

Medicare, debemos autorizar o proporcionar el medicamento con receta de la Parte B bajo disputa:

- **Dentro de las 72 horas** de haber recibido la decisión de la Oficina de Audiencias en el caso de **solicitudes estándar** o
- **Dentro de las 24 horas** de la fecha en que recibamos la decisión de la Oficina de Audiencias en el caso de **solicitudes aceleradas**.
- **Si esta organización rechaza todo o parte de su apelación**, significa que está de acuerdo con nuestro plan en que su solicitud (o parte de ella) de cobertura de atención médica no debe aprobarse. (Esto es lo que se denomina “defender la decisión”. También se denomina “rechazar su apelación”).
 - Si la Oficina de Audiencias Administrativas Integradas “confirma la decisión”, usted tiene derecho a una Apelación de Nivel 3.

Paso 3: Decidir si desea proseguir con su apelación.

- Hay dos niveles adicionales en el proceso de apelación después del Nivel 2 (en total son cuatro niveles de apelación).
- Si se rechaza su Apelación de Nivel 2, debe decidir si desea seguir al Nivel 3 y presentar una tercera apelación. Los detalles sobre cómo hacer esto se encuentran en el aviso escrito que recibió después de su Apelación de Nivel 2.
- El Consejo de Apelaciones de Medicare está a cargo de la Apelación de Nivel 3. La Sección 10 de este capítulo brinda más información sobre los Niveles 3 y 4 del proceso de apelación.

Sección 6.5	¿Qué sucede si nos pide que le reembolsemos una factura que recibió por atención médica?
--------------------	---

Si desea solicitarnos que le reembolsemos un pago por atención médica, comience por leer el Capítulo 7 de este manual: *Cómo solicitarnos que paguemos una factura que recibió por servicios médicos o medicamentos cubiertos*. El Capítulo 7 describe los casos en los que deberá solicitar un reembolso o pago de una factura que recibió de un proveedor. También le informa cómo enviar la documentación que nos solicita el pago.

Solicitar un reembolso es pedirnos una decisión de cobertura

Si nos envía los documentos que solicitan el reembolso, nos pide que tomemos una decisión de cobertura (si desea más información sobre decisiones de cobertura, consulte la Sección 5.1 de este capítulo). Para tomar esta decisión de cobertura, verificaremos si la atención médica que pagó es un servicio cubierto por el plan (consulte el Capítulo 4: *Cuadro de beneficios [lo que está cubierto]*). También verificaremos si siguió todas las normas para el uso de su cobertura para atención médica (estas normas se explican en el Capítulo 3 de este manual: *Uso de la cobertura del plan para sus servicios médicos*).

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

Podemos aprobar o rechazar su solicitud

- Si la atención médica que pagó está cubierta y usted siguió todas las normas, le enviaremos el pago de su atención médica dentro de los 60 días calendario después de recibir su solicitud. O, si no pagó los servicios, le enviaremos el pago directamente al proveedor. Cuando enviamos el pago, es lo mismo que *aceptar* su solicitud de decisión de cobertura).
- Si la atención médica *no* está cubierta, o si *no* siguió todas las normas, no enviaremos el pago. En cambio, le enviaremos una carta donde indique que no pagaremos los servicios y detallaremos los motivos. (Cuando rechazamos su solicitud de pago, es lo mismo que *rechazar* su solicitud de decisión de cobertura).

¿Qué sucede si solicita un pago y nosotros respondemos que no pagaremos?

Si no está de acuerdo con nuestra decisión de rechazo, **puede presentar una apelación**. Si presenta una apelación, significa que nos solicita modificar la decisión de cobertura que tomamos al rechazar su solicitud de pago.

Para presentar esta apelación, siga el proceso de apelación que describimos en la Sección 5.3. Lea esta sección para ver las instrucciones paso a paso. Cuando siga estas instrucciones, tenga en cuenta lo siguiente:

- Si presenta una apelación para un reembolso, debemos responderle dentro de los 60 días calendario después de recibir su apelación. (Si nos solicita que le reintegremos el pago de atención médica que ya recibió y pagó, no tiene permitido solicitar una apelación rápida).
- Si la Oficina de Audiencias Administrativas Integradas revierte nuestra decisión de rechazar el pago, debemos enviar el pago que solicitó, a usted o al proveedor, dentro del plazo de 30 días calendario.
- Si se acepta su apelación en cualquier etapa del proceso de apelación posterior al Nivel 2, debemos enviar el pago que solicitó, a usted o al proveedor, dentro de los 60 días calendario.

SECCIÓN 7 Sus medicamentos con receta de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación



¿Ha leído la Sección 5 de este capítulo (*Guía sobre los “aspectos básicos” de las decisiones de cobertura y apelaciones*)? Si no lo ha hecho, le recomendamos leerla antes de comenzar esta sección.

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema**o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)****Sección 7.1**

Esta sección le informa qué debe hacer si tiene problemas para adquirir un medicamento de la Parte D o si desea que le reintegremos el pago de un medicamento de la Parte D

Sus beneficios como asegurado de nuestro plan incluyen la cobertura de muchos medicamentos con receta. Consulte la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* de nuestro plan. Para estar cubierto, el medicamento se debe usar para una indicación médicamente aceptada. (Una “indicación médicamente aceptada” es un uso del medicamento que está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos, o respaldada por ciertos libros de consulta. Consulte la Sección 3 del Capítulo 5 para obtener más información sobre una indicación médicamente aceptada).

- **Esta sección trata sobre sus medicamentos de la Parte D únicamente.** Para simplificar, en general decimos “medicamento” en el resto de esta sección, en lugar de repetir “medicamento con receta cubierto para pacientes ambulatorios” o “medicamento de la Parte D”.
- Para obtener más información sobre lo que significan los medicamentos de la Parte D, la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)*, las reglas y las restricciones en la cobertura y la información de costos, consulte el Capítulo 5 (*Cómo utilizar la cobertura del plan para sus medicamentos con receta de la Parte D*) y el Capítulo 6 (*Lo que paga por sus medicamentos con receta de la Parte D*).

Decisiones de cobertura y apelaciones de la Parte D

Según lo analizado en la Sección 5 de este capítulo, una decisión de cobertura es una decisión que tomamos sobre sus beneficios y cobertura o sobre el monto que pagaremos por sus medicamentos.

Términos legales

Una decisión de cobertura inicial sobre sus medicamentos de la Parte D se llama “**determinación de cobertura**”.

Estos son algunos ejemplos de decisiones de cobertura que usted nos pide sobre sus medicamentos de la Parte D:

- Nos pide que hagamos una excepción, incluido lo siguiente:
 - Pedirnos que cubramos un medicamento de la Parte D que no aparece en la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* del plan.
 - Pedirnos la exención de una restricción sobre la cobertura del plan para un medicamento (como los límites en la cantidad de medicamento que puede recibir).
- Nos pregunta si un medicamento está cubierto para usted y si cumple con los requisitos para la cobertura. (Por ejemplo, cuando su medicamento aparece en la *Lista de*

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

medicamentos cubiertos (Formulario) del plan, pero le exigimos solicitar primero nuestra aprobación para que le brindemos esa cobertura).

- *Tenga en cuenta lo siguiente:* Si su farmacia le dice que no se puede surtir su medicamento con receta según lo indicado en la receta, usted recibirá un aviso por escrito donde le explicarán cómo comunicarse con nosotros para solicitar una decisión de cobertura.
- Nos pide que paguemos un medicamento con receta que ya compró. Este es un pedido de decisión de cobertura sobre un pago.

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

Esta sección le informa cómo pedir decisiones de cobertura y también cómo solicitar una apelación. Use el cuadro a continuación para determinar qué parte tiene la información correspondiente a su situación:

¿En cuál de estas situaciones se encuentra?

Si se encuentra en esta situación:	Esto es lo que puede hacer:
¿Necesita un medicamento que no está en nuestra Lista de medicamentos o necesita que no apliquemos una regla o restricción sobre un medicamento que cubrimos?	Nos pide que hagamos una excepción. (Este es un tipo de decisión de cobertura). Comience con la Sección 7.2 de este capítulo.
¿Desea que cubramos un medicamento de nuestra Lista de medicamentos y cree que cumple con algunas de las reglas o restricciones del plan (como obtener la aprobación por adelantado) para el medicamento que necesita?	Puede pedirnos que tomemos una decisión de cobertura. Salte a la Sección 7.4 de este capítulo.
¿Desea pedirnos que le reembolsemos el pago del medicamento que ya recibió y pagó?	Puede pedirnos un reembolso. (Este es un tipo de decisión de cobertura). Salte a la Sección 7.4 de este capítulo.
¿Ya le hemos informado que no cubriremos ni pagaremos un medicamento de la forma que usted desea que esté cubierto o que se pague?	Puede presentar una apelación. (Esto significa que nos pide que reconsideremos). Salte a la Sección 7.5 de este capítulo.

Sección 7.2 ¿Qué es una excepción?

Si un medicamento no está cubierto de la manera que usted desea, puede pedirnos que hagamos una “excepción”. Una excepción es un tipo de decisión de cobertura. De manera similar a otros

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

tipos de decisiones de cobertura, si rechazamos su pedido de excepción, puede apelar nuestra decisión.

Cuando solicita una excepción, su médico u otra persona que receta deberán explicar los motivos médicos por los cuales necesita que se le apruebe la excepción. Entonces, consideraremos su solicitud. A continuación, encontrará dos ejemplos de excepciones que usted o su médico, u otra persona que receta, pueden pedirnos:

1. Cubrir un medicamento de la Parte D que no aparezca en nuestra *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)*. (De forma abreviada, la llamamos la “Lista de medicamentos”).

Términos legales

Pedimos cobertura de un medicamento que no aparece en la Lista de medicamentos a veces se denomina solicitar una **“excepción de formulario”**.

- Si estamos de acuerdo en hacer una excepción y cubrir un medicamento que no aparece en la Lista de medicamentos, deberá pagar el monto del costo compartido que se aplique a todos nuestros medicamentos. No puede pedir una excepción a un monto de copago o coseguro que nosotros le exijamos pagar por el medicamento.

2. Eliminación de una restricción sobre nuestra cobertura para un medicamento cubierto. Existen reglas o restricciones adicionales que se aplican a determinados medicamentos incluidos en nuestra *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* (para obtener más información, consulte el Capítulo 5 y busque la Sección 4).

Términos legales

La solicitud de eliminación de una restricción sobre la cobertura para un medicamento también se denomina solicitud de una **“excepción de formulario”**.

- Las reglas y restricciones adicionales sobre la cobertura para determinados medicamentos incluyen las siguientes:
 - *Exigencia de usar la versión genérica* de un medicamento en lugar del medicamento de marca.
 - *Obtención de la aprobación anticipada del plan* antes de que aceptemos cubrirle el medicamento. (A veces, esto se denomina “autorización previa”).
 - *Exigencia de probar un medicamento diferente al principio* antes de que aceptemos cubrir el medicamento que solicita. (A veces, esto se denomina “terapia escalonada”).

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

- *Límites que rigen la cantidad.* Para determinados medicamentos, existen restricciones sobre la cantidad del medicamento que puede obtener.

Sección 7.3	Aspectos importantes que debe conocer antes de solicitar excepciones
--------------------	---

Su médico nos debe informar los motivos médicos

Su médico u otra persona que le receta deben entregarnos una declaración que explique los motivos médicos por los que se solicita una excepción. Para agilizar la decisión, incluya esta información médica de su médico u otra persona que le receta cuando solicite la excepción.

Normalmente, nuestra Lista de medicamentos incluye más de un medicamento para el tratamiento de una afección en particular. Estas diferentes posibilidades se denominan medicamentos “alternativos”. Si un medicamento alternativo fuera tan eficaz como el medicamento que solicita y no causara más efectos adversos u otros problemas médicos, generalmente *no* aprobaremos la solicitud de excepción.

Podemos aprobar o rechazar su solicitud

- En caso de que aprobemos su solicitud de excepción, generalmente, nuestra aprobación es válida hasta el final del año del plan. Esto es válido siempre que su médico siga recetándole el medicamento y que ese medicamento continúe siendo seguro y eficaz para tratar su afección.
- Si rechazamos su solicitud de excepción, puede solicitar una revisión de nuestra decisión al presentar una apelación. En la Sección 7.5 se indica cómo presentar una apelación en caso de que rechazemos la solicitud.

La próxima sección le indica cómo solicitar una decisión de cobertura, inclusive una excepción.

Sección 7.4	Paso a paso: Cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción
--------------------	--

Paso 1: Usted nos solicita que tomemos una decisión de cobertura acerca de los medicamentos o el pago que necesita. En caso de que su salud exija una respuesta rápida, debe solicitar que tomemos una “**decisión de cobertura rápida**”. **No puede solicitar una decisión de cobertura rápida si nos pide que le reembolsemos el monto de un medicamento que ya compró.**

Qué debe hacer

- **Solicite el tipo de decisión de cobertura que desea.** Comience por llamarnos, escribírnos o enviarnos un fax para realizar su solicitud. Usted, su representante o su médico (u otra persona que receta) puede hacerlo. También puede acceder al proceso de decisión de cobertura a través de nuestro sitio web. Para obtener detalles, consulte la Sección 1 del Capítulo 2 y busque la sección llamada *Cómo comunicarse con nosotros cuando está buscando decisiones de cobertura sobre los*

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

medicamentos con receta de la Parte D. O si solicita que le reembolsemos un medicamento, consulte la sección llamada *Dónde enviar una solicitud en la que se nos pida pagar la parte del gasto que nos corresponde pagar por la atención médica o un medicamento que haya recibido.*

- **Usted, su médico u otra persona que sea su representante** pueden solicitar una decisión de cobertura. La Sección 5 de este capítulo le indica cómo puede dar un permiso por escrito a otra persona para que actúe como su representante. También puede contratar a un abogado para que actúe en su nombre.
- **Si desea solicitarnos que le reembolsemos el monto de un medicamento,** comience por leer el Capítulo 7 de este manual: *Cómo solicitarnos que paguemos una factura que recibió por servicios médicos o medicamentos cubiertos.* El Capítulo 7 describe los casos en los que deberá solicitar un reembolso. También indica cómo enviarnos el papeleo en el que se nos solicita el reembolso de nuestra parte del costo de un medicamento que usted haya pagado.
- **Si solicita una excepción, proporcione la “declaración de respaldo”.** Su médico u otra persona que receta deben presentarnos los motivos médicos por los que solicita una excepción del medicamento. (Esto es lo que denominamos “declaración de respaldo”). Su médico u otra persona que receta pueden enviarnos dicha declaración por fax o correo postal. O bien su médico u otra persona que receta pueden informarnos acerca de dichos motivos por teléfono y posteriormente enviarnos una declaración por escrito por fax o correo en caso de que sea necesario. Consulte las Secciones 6.2 y 6.3 para obtener más información acerca de las solicitudes de excepción.
- **Tenemos que aceptar toda solicitud por escrito,** incluida una solicitud presentada en el Formulario modelo de solicitud de determinación de cobertura de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS), que está disponible en nuestro sitio web.

Si su salud lo requiere, pídanos una “decisión de cobertura rápida”.

Términos legales
Una “decisión de cobertura rápida” se denomina “ determinación de cobertura acelerada ”.

- Cuando le comuniquemos nuestra decisión, usaremos las fechas límite “estándar”, a menos que hayamos acordado usar las fechas límite “rápidas”. Una decisión de cobertura estándar significa que le daremos una respuesta dentro de un plazo de 72 horas después de haber recibido la declaración de su médico. Una decisión de cobertura rápida significa que le daremos una respuesta dentro de un plazo de 24 horas después de haber recibido la declaración de su médico.
- **Para obtener una decisión de cobertura rápida, debe cumplir dos requisitos:**

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

- Puede obtener una decisión de cobertura rápida *solo* si solicita un *medicamento que aún no ha recibido*. (No puede recibir una decisión de cobertura rápida si nos solicita que le reembolsemos el monto de un medicamento que ya compró).
- Puede obtener una decisión de cobertura rápida *solo* si el uso de los plazos estándar puede *causar daños graves a su salud o dañar sus capacidades*.
- **Si su médico o la persona que receta nos informan que su salud exige una “decisión de cobertura rápida”, aceptaremos automáticamente comunicarle una decisión de cobertura rápida.**
- Si solicita una decisión de cobertura rápida por su cuenta (sin el apoyo de su médico o la persona que receta), decidiremos si su salud exige que le comuniquemos una decisión de cobertura rápida.
 - Si decidimos que su problema de salud no cumple con los requisitos de decisión de cobertura rápida, le enviaremos una carta donde le informaremos esto (y usaremos, en cambio, las fechas límite estándar).
 - Esta carta le informará que, si su médico o la persona que receta solicitan la decisión de cobertura rápida, comunicaremos automáticamente dicha decisión.
 - La carta también le informará cómo puede presentar una queja sobre nuestra decisión de comunicarle una decisión de cobertura estándar en lugar de la decisión de cobertura rápida que solicitó. Le indica cómo presentar una queja “rápida”, lo que significa que recibirá nuestra respuesta a su queja dentro de las 24 horas posteriores a la recepción de la queja. (El proceso para presentar una queja es diferente del proceso para las decisiones y apelaciones sobre la cobertura. Para obtener más información sobre el proceso para presentar quejas, consulte la Sección 11 de este capítulo).

Paso 2: Consideramos su solicitud y le comunicamos una respuesta.***Plazos para una decisión de cobertura “rápida”***

- Si usamos las fechas límite rápidas, tenemos que comunicarle una respuesta **dentro de las 24 horas**.
 - Generalmente, esto significa dentro de las 24 horas posteriores a la recepción de su solicitud. Si solicita una excepción, le comunicaremos una respuesta dentro de las 24 horas posteriores a la recepción de la declaración de su médico que respalde su solicitud. Le comunicaremos la respuesta antes de ese plazo si su salud exigiera que lo hagamos.
 - Si no cumplimos con esta fecha límite, tenemos la obligación de remitir su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación, donde la revisará una organización externa independiente. Más adelante en esta sección, hablamos acerca de esta organización de revisión y explicamos lo que sucede en el Nivel 2 de apelación.
- **Si aceptamos cubrir una parte o el total de lo que solicitó**, tenemos que prestar la cobertura que hemos acordado prestar dentro de las 24 horas posteriores a la recepción de su solicitud o de la declaración del médico que respalde su solicitud.

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

- **Si no aceptamos cubrir una parte o el total de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito en la que se explicará por qué rechazamos la solicitud. También le indicaremos cómo presentar una apelación.

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

- Si usamos las fechas límite estándar, debemos comunicarle nuestra respuesta **dentro de las 72 horas**.
 - Generalmente, esto significa dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de su solicitud. Si solicita una excepción, le comunicaremos una respuesta dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de la declaración de su médico que respalde su solicitud. Le comunicaremos la respuesta antes de ese plazo si su salud exigiera que lo hagamos.
 - Si no cumplimos con esta fecha límite, tenemos la obligación de remitir su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación, donde la revisará una organización independiente. Más adelante en esta sección, hablamos acerca de esta organización de revisión y explicamos lo que sucede en el Nivel 2 de apelación.
- **Si aceptamos cubrir una parte o el total de lo que solicitó:**
 - Si aprobamos su solicitud de cobertura, tenemos que **prestar la cobertura** que hemos acordado prestar **dentro de las 72 horas** posteriores a la recepción de su solicitud o de la declaración del médico que respalde su solicitud.
- **Si no aceptamos cubrir una parte o el total de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito en la que se explicará por qué rechazamos la solicitud. También le indicaremos cómo presentar una apelación.

Plazos para una decisión de cobertura “estándar” respecto de un medicamento que usted ya compró

- Tenemos que comunicarle nuestra respuesta **dentro de los 14 días calendario** posteriores a la recepción de su solicitud.
 - Si no cumplimos con esta fecha límite, tenemos la obligación de remitir su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación, donde la revisará una organización independiente. Más adelante en esta sección, hablamos acerca de esta organización de revisión y explicamos lo que sucede en el Nivel 2 de apelación.
- **Si aceptamos cubrir una parte o la totalidad de lo que solicitó**, también debemos efectuarle el pago dentro de los 14 días calendario posteriores a la recepción de su solicitud.
- **Si no aceptamos cubrir una parte o el total de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito en la que se explicará por qué rechazamos la solicitud. También le indicaremos cómo presentar una apelación.

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema**o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)****Paso 3: Si rechazamos su solicitud de cobertura, deberá decidir si desea presentar una apelación.**

- En caso de que rechazemos la solicitud, tiene derecho a solicitar una apelación. Solicitar una apelación significa pedirnos que reconsideremos —y probablemente que cambiemos— la decisión que hemos tomado.

Sección 7.5**Paso a paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 1 (cómo pedir una revisión de una decisión de cobertura que tomó nuestro plan)****Términos legales**

Una apelación presentada al plan sobre una decisión de cobertura de medicamentos de la Parte D se denomina “redeterminación” del plan.

Paso 1: Puede comunicarse con nosotros y presentar su Apelación de Nivel 1. Si su salud requiere de respuesta rápida, tiene que pedir una “**apelación rápida**”.

Qué debe hacer

- **Para iniciar la apelación, usted (su representante, médico o la persona que receta) debe comunicarse con nosotros.**
 - Para obtener más información sobre cómo comunicarse con nosotros por teléfono, fax, correo postal o a través de nuestro sitio web, por cualquier propósito relacionado con la apelación, consulte la Sección 1 del Capítulo 2, y busque la sección denominada *Cómo comunicarse con nosotros cuando presenta una apelación sobre sus medicamentos con receta de la Parte D*.
- **Si solicita una apelación estándar, preséntela en una solicitud por escrito.** Asimismo, puede solicitar una apelación llamándonos al número de teléfono que aparece en la Sección 1 del Capítulo 2 (*Cómo comunicarse con nuestro plan cuando presenta una apelación sobre sus medicamentos con receta de la Parte D*).
- **Si solicita una apelación rápida, puede presentar la apelación por escrito o puede llamarnos al número de teléfono que aparece en la Sección 1 del Capítulo 2** (*Cómo comunicarse con nuestro plan cuando presenta una apelación sobre sus medicamentos con receta de la Parte D*).
- **Tenemos que aceptar toda solicitud por escrito**, incluida una solicitud presentada en el Formulario modelo de solicitud de determinación de cobertura de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS), que está disponible en nuestro sitio web.
- **Tiene que presentar su solicitud de apelación dentro de los 60 días calendario** después de la fecha del aviso escrito que le enviamos para informarle nuestra respuesta a su solicitud de decisión de cobertura. Si no cumple esta fecha límite y

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

tiene un buen motivo, le podemos dar más tiempo para presentar su apelación. Los ejemplos de buen motivo para incumplir la fecha límite pueden incluir si tuvo una enfermedad grave que le impidió comunicarse con nosotros o si le brindamos información incompleta o incorrecta sobre la fecha límite para solicitar una apelación.

- **Puede solicitar una copia de la información incluida en su apelación y agregar más información.**
 - Tiene derecho a pedirnos copia de la información sobre su apelación. Tenemos permitido cobrarle un cargo por la copia y el envío de esta información.
 - Si lo desea, usted y su médico o la persona que receta pueden proporcionarnos información adicional para respaldar su apelación.

Si su salud lo requiere, solicite una “apelación rápida”

Términos legales
Una “apelación rápida” también se denomina “redeterminación acelerada” .

- Si apela una decisión que tomamos sobre un medicamento que aún no recibió, usted y su médico o la persona que receta deben decidir si necesita una “apelación rápida”.
- Los requisitos para obtener una “apelación rápida” son los mismos que los que se necesitan para obtener una “decisión de cobertura rápida” que se mencionan en la Sección 7.4 de este capítulo.

Paso 2: Consideramos su apelación y le comunicamos una respuesta.

- Cuando revisamos su apelación, repasamos cuidadosamente toda la información acerca de su solicitud de cobertura. Verificamos si seguimos todas las normas cuando rechazamos su solicitud. Es posible que nos comuniquemos con usted, su médico o persona que receta para obtener más información.

Plazos para una apelación “rápida”

- Si usamos las fechas límite rápidas, tenemos que comunicarle nuestra respuesta **dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de su apelación.** Le comunicaremos nuestra respuesta antes de ese plazo si su salud lo exigiera.
 - Si no le comunicamos una respuesta dentro de las 72 horas, debemos remitir su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación, donde será revisada por una Organización de revisión independiente. Más adelante en esta sección, hablamos acerca de esta organización de revisión y explicamos lo que sucede en el Nivel 2 del proceso de apelación.
- **Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que solicitó,** tenemos que prestar la cobertura que hemos acordado prestar dentro de las 72 horas después de recibida su apelación.

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

- Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó, le enviaremos una declaración por escrito en la que se le explicará por qué rechazamos la solicitud y cómo puede apelar nuestra decisión.

Plazos para una apelación “estándar”

- Si aplicamos las fechas límite estándar, tenemos que comunicarle nuestra respuesta **dentro de los 7 días calendario** después de recibida su apelación para un medicamento que aún no recibió. Le comunicaremos nuestra decisión antes en caso de que aún no haya recibido el medicamento y su enfermedad exigiera que lo hagamos. Si considera que su salud lo exige, debe solicitar una “apelación rápida”.
 - Si no le comunicamos una respuesta dentro de los 7 días calendario, debemos remitir su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación; en ese caso, una Organización de revisión independiente se encargará de revisar su solicitud. Más adelante en esta sección, hablamos acerca de esta organización de revisión y explicamos lo que sucede en el Nivel 2 del proceso de apelación.
- Si aceptamos cubrir una parte o el total de lo que solicitó:
 - Si aprobamos una solicitud de cobertura, tenemos que **prestar la cobertura** que acordamos prestar con la rapidez que su salud exija; sin embargo, debemos hacerlo **antes de los 7 días calendario** posteriores a la recepción de su apelación.
 - Si aprobamos una solicitud de reembolso del importe de un medicamento que ya compró, debemos **enviarle el pago dentro de los 30 días calendario** posteriores a la recepción de su solicitud de apelación.
- Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó, le enviaremos una declaración por escrito en la que se le explicará por qué rechazamos la solicitud y cómo puede apelar nuestra decisión.
- Si nos pide que le reembolsemos el monto de un medicamento que ya compró, le proporcionaremos nuestra respuesta **dentro de los 14 días calendario** después de recibir su solicitud.
 - Si no le comunicamos una respuesta dentro de los 14 días calendario, debemos remitir su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación; en ese caso, una organización independiente se encargará de revisar su solicitud. Más adelante en esta sección, hablamos acerca de esta organización de revisión y explicamos lo que sucede en el Nivel 2 de apelación.
- Si aceptamos cubrir una parte o la totalidad de lo que solicitó, también debemos efectuarle el pago dentro de los 30 días calendario posteriores a la recepción de su solicitud.
- Si no aceptamos cubrir una parte o el total de lo que solicitó, le enviaremos una declaración por escrito en la que se explicará por qué rechazamos la solicitud. También le indicaremos cómo presentar una apelación.

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

Paso 3: Si rechazamos su apelación, usted decide si desea continuar con el proceso de apelación y presentar otra apelación.

- Si rechazamos su apelación, usted decide si aceptar esta decisión o continuar con la presentación de otra apelación.
- Si decide presentar otra apelación, significa que su apelación se remitirá al Nivel 2 del proceso de apelación (consulte a continuación).

Sección 7.6	Paso a paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 2
--------------------	---

Si rechazamos su apelación, usted decide si aceptar esta decisión o continuar con la presentación de otra apelación. Si decide pasar a una Apelación de Nivel 2, la **Organización de revisión independiente** revisa la decisión que tomamos cuando rechazamos su primera apelación. Esta organización decide si la decisión que tomamos debería cambiar.

Términos legales

El nombre formal de la “Organización de revisión independiente” es “ Entidad de revisión independiente ”. A veces se denomina “ IRE ”.
--

Paso 1: Para presentar una Apelación de Nivel 2, usted (su representante, médico o la persona que receta) tiene que comunicarse con la Organización de revisión independiente y solicitarle una revisión de su caso.

- Si rechazamos su Apelación de Nivel 1, el aviso por escrito que le enviemos incluirá **instrucciones sobre cómo presentar una Apelación de Nivel 2** ante la Organización de revisión independiente. Estas instrucciones le indicarán quién puede presentar esta Apelación de Nivel 2, qué fechas límite debe seguir y cómo comunicarse con la organización de revisión.
- Cuando presente una apelación a la Organización de revisión independiente, le enviaremos a esta organización la información que tengamos acerca de su apelación. Esta información se denomina su “expediente del caso”. **Tiene derecho a pedirnos una copia de su expediente del caso.** Tenemos permitido cobrarle un cargo por la copia y el envío de esta información.
- Tiene derecho a darle información adicional a la Organización de revisión independiente para fundamentar su apelación.

Paso 2: La Organización de revisión independiente realiza una revisión de su apelación y comunica una respuesta.

- **La Organización de revisión independiente es una organización independiente que contrata Medicare.** Esta organización no está relacionada con nosotros y no es una agencia gubernamental. Esta organización es una empresa que elige Medicare para revisar nuestras decisiones con respecto a sus beneficios de la Parte D que recibe a través de nosotros.

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

- Los revisores de la Organización de revisión independiente analizarán cuidadosamente toda la información relacionada con su apelación. La organización le comunicará su decisión por escrito y le explicará los motivos en los que se basó.

Plazos para una apelación “rápida” en el Nivel 2

- Si su salud lo exigiera, solicite a la Organización de revisión independiente una “apelación rápida”.
- Si la organización de revisión acepta concederle una “apelación rápida”, dicha organización debe comunicarle una respuesta a su Apelación de Nivel 2 **dentro de las 72 horas** posteriores a la recepción de su solicitud de apelación.
- **Si la Organización de revisión independiente acepta una parte o la totalidad de lo que solicitó**, debemos prestar la cobertura de medicamentos que aprobó la organización de revisión **dentro de las 24 horas** posteriores a la recepción de la decisión de la organización de revisión.

Plazos para una apelación “estándar” en el Nivel 2

- Si presenta una apelación estándar en el Nivel 2, la organización de revisión debe comunicarle una respuesta a su Apelación de Nivel 2 **dentro de los 7 días calendario** posteriores a la recepción de su apelación si se trata de un medicamento que aún no recibió. Si nos pide que le reembolsemos el monto de un medicamento que ya compró, la organización de revisión debe comunicarle una respuesta a su Apelación de Nivel 2 dentro de los 14 días calendario posteriores a la recepción de su solicitud.
- **Si la Organización de revisión independiente acepta una parte o la totalidad de lo que solicitó:**
 - Si la Organización de revisión independiente aprueba una solicitud de cobertura, **tenemos que prestar la cobertura de medicamentos** que aprobó la organización de revisión **en el plazo de 72 horas** posteriores a la recepción de la decisión de la organización de revisión.
 - Si la Organización de revisión independiente aprueba una solicitud de reembolso del costo de un medicamento que ya compró, estamos obligados a **enviarle el pago en un plazo de 30 días calendario** después de recibida la decisión de la organización de revisión.

¿Qué sucede si la organización de revisión rechaza su apelación?

Si esta organización rechaza su apelación, eso significa que la organización está de acuerdo con nuestra decisión de no aprobar su solicitud. (Esto es lo que se denomina “defender la decisión”. También se denomina “rechazar su apelación”).

Si la Organización de revisión independiente “confirma la decisión”, usted tiene derecho a una Apelación de Nivel 3. Sin embargo, para presentar otra apelación en el Nivel 3, el valor en dólares de la cobertura de medicamentos que solicita debe cumplir con un monto mínimo. Si el valor en dólares de la cobertura de medicamentos que solicita es demasiado bajo, no puede presentar otra apelación y la decisión en el Nivel 2 es definitiva. El aviso que reciba de la

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

Organización de revisión independiente le indicará el valor en dólares que debe discutirse para continuar con el proceso de apelación.

Paso 3: Si el valor en dólares de la cobertura que solicita cumple con este requisito, usted elige si desea continuar con la apelación.

- Hay tres niveles adicionales en el proceso de apelación después del Nivel 2 (en total son cinco niveles de apelación).
- Si se rechaza su Apelación de Nivel 2 y usted cumple los requisitos para seguir con el proceso de apelación, debe decidir si desea seguir al Nivel 3 y presentar una tercera apelación. Si decide presentar una tercera apelación, los detalles sobre cómo hacerlo se encontrarán en el aviso por escrito que recibió después de su segunda apelación.
- Un árbitro o un juez de derecho administrativo se ocupan de la Apelación de Nivel 3. La Sección 10 de este capítulo brinda más información sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelación.

SECCIÓN 8 Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada si usted considera que el médico le da el alta demasiado pronto

Cuando es hospitalizado, tiene derecho a obtener todos los servicios hospitalarios cubiertos que sean necesarios para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión. Para obtener más información sobre la cobertura de su atención hospitalaria, incluida cualquier limitación de esta cobertura, consulte el Capítulo 4 de este manual: *Cuadro de beneficios (lo que está cubierto)*.

Durante su hospitalización cubierta, su médico y el personal del hospital colaborarán con usted en la preparación para el día en que reciba su alta. También ayudarán a coordinar la atención que pueda necesitar después del alta.

- El día en que sale del hospital se denomina “**fecha del alta**”.
- Una vez que se haya decidido su fecha de alta, su médico o el personal del hospital se lo informarán.
- Si considera que le piden que deje el hospital demasiado pronto, puede solicitar una hospitalización más prolongada y se considerará su solicitud. En esta sección se explica cómo realizar dicha solicitud.

Sección 8.1 Durante su hospitalización, recibirá un aviso por escrito de Medicare que le informará sus derechos

Durante su hospitalización cubierta, recibirá un aviso por escrito denominado *Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos*. Todas aquellas personas que participan en Medicare obtienen una copia de este aviso siempre que sean hospitalizadas. Una persona perteneciente al hospital (por ejemplo, un trabajador social o enfermero) debe entregárselo en un plazo de dos días posteriores a su internación. Si no recibe el aviso, solicítelo a cualquier empleado del

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

hospital. Si necesita ayuda, llame al Servicio al Cliente (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este manual). También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

1. **Lea este aviso detenidamente y consulte en caso de no entenderlo.** En él se explican sus derechos como paciente hospitalizado, que incluyen los siguientes:
 - Su derecho a recibir servicios cubiertos por Medicare durante y después de su hospitalización, según lo solicite su médico. Esto incluye el derecho a saber cuáles son esos servicios, quién pagará por ellos y dónde puede obtenerlos.
 - Su derecho a participar de todas las decisiones sobre su hospitalización y a saber quién pagará por ella.
 - Dónde informar cualquier inquietud que tenga sobre la calidad de su atención hospitalaria.
 - Su derecho a apelar la decisión sobre su alta si considera que le están dando el alta del hospital demasiado pronto.

Términos legales

El aviso por escrito de Medicare le explica cómo puede **“solicitar una revisión inmediata”**. Solicitar una revisión inmediata es una manera formal y legítima de pedir una postergación en su fecha de alta para que podamos cubrir su atención hospitalaria durante un período más prolongado. (La Sección 8.2 a continuación le explica cómo puede solicitar una revisión inmediata).

2. **Tiene que firmar el aviso por escrito para demostrar que lo recibió y que entiende sus derechos.**
 - Usted o una persona que lo represente tienen que firmar el aviso. (La Sección 5 de este capítulo le indica cómo puede dar un permiso por escrito a otra persona para que actúe como su representante).
 - Firmar este aviso *solo* demuestra que ha recibido la información sobre sus derechos. El aviso no incluye su fecha de alta (su médico o el personal del hospital se la informarán). Firmar el **aviso no significa** que esté de acuerdo con la fecha de alta.
3. **Conserve una copia** del aviso firmado, para poder tener la información sobre cómo presentar una apelación (o informar una inquietud acerca de la calidad de atención) a su alcance en caso de que la necesite.
 - Si firma el aviso con más de dos días de anticipación al día que deja el hospital, recibirá otra copia antes de la fecha programada de su alta.

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

- Para ver una copia de este aviso por adelantado, puede llamar al Servicio al Cliente (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este manual) o al 1-800 MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. También puede verlo en línea en <https://www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.html>.

Sección 8.2 Paso a paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 1 para cambiar su fecha de alta hospitalaria

Si desea solicitar que cubramos sus servicios como paciente hospitalizado durante un período más prolongado, deberá usar el proceso de apelación para presentar esta solicitud. Antes de comenzar, debe entender lo que debe hacer y cuáles son las fechas límite.

- **Siga el proceso.** A continuación, se explica cada paso de los primeros dos niveles del proceso de apelación.
- **Cumpla con los plazos.** Los plazos son importantes. Asegúrese de comprender y seguir los plazos que se aplican a lo que debe hacer.
- **Solicite ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, llame al Servicio al Cliente (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este manual). O bien, llame a su Programa Estatal de Ayuda sobre Seguros Médicos, una organización gubernamental que brinda asistencia personalizada (consulte la Sección 2 de este capítulo).

Durante una Apelación de Nivel 1, la Organización para la Mejora de la Calidad revisa su apelación. Comprueba si su fecha prevista del alta es médicamente adecuada para usted.

Paso 1: Comuníquese con la Organización para la Mejora de la Calidad correspondiente a su estado y solicite una “revisión rápida” de su alta del hospital. Tiene que actuar rápidamente.

Una “revisión rápida” también se denomina “revisión inmediata”.

¿Qué es la Organización para la Mejora de la Calidad?

- Esta organización es un grupo de médicos y otros profesionales de atención médica que reciben un pago del gobierno federal. Estos expertos no son parte de nuestro plan. Medicare le paga a esta organización para verificar y ayudar a mejorar la calidad de la atención que se brinda a las personas que están inscritas en Medicare. Esto incluye la revisión de las fechas de alta del hospital correspondientes a las personas que están inscritas en Medicare.

¿Cómo puede comunicarse con esta organización?

- En el aviso por escrito que recibió (*Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos*) se le explica cómo comunicarse con esta organización. (O bien, busque el nombre, la dirección y el número de teléfono de la Organización para la Mejora de la Calidad correspondiente a su estado en la Sección 4 del Capítulo 2 de este manual).

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

Actúe de inmediato:

- Para presentar su apelación, tiene que comunicarse con la Organización para la Mejora de la Calidad *antes* de dejar el hospital y debe hacerlo **antes de su fecha prevista del alta**. (Su “fecha prevista del alta” es la fecha que se ha fijado para que deje el hospital).
 - Si usted cumple con esta fecha límite, se le autoriza a permanecer en el hospital *después* de su fecha del alta *sin que deba pagar por ello* mientras espera la decisión sobre su apelación por parte de la Organización para la Mejora de la Calidad.
 - Si *no* cumple con esta fecha límite y decide permanecer en el hospital después de su fecha prevista del alta, *es posible que deba pagar todos los costos* de la atención hospitalaria que reciba después de su fecha prevista de alta.
- Si no cumple una fecha límite para comunicarse con la Organización para la Mejora de la Calidad respecto a su apelación, en cambio, puede presentar la apelación directamente ante nuestro plan. Para obtener más detalles sobre esta otra manera de presentar su apelación, consulte la Sección 8.4.

Solicite una “revisión rápida”:

- Debe solicitarle a la Organización para la Mejora de la Calidad una **“revisión rápida”** de su alta hospitalaria. Solicitar una “revisión rápida” significa que usted pide que la organización use las fechas límite “rápidas” para la apelación en lugar de usar las fechas límite “estándar”.

Términos legales
Una “revisión rápida” también se denomina “revisión inmediata” o una “revisión acelerada”.

Paso 2: La Organización para la Mejora de la Calidad efectúa una revisión independiente de su caso.

¿Qué sucede durante esta revisión?

- Los profesionales de la salud en la Organización para la Mejora de la Calidad (a quienes llamaremos “revisores” para abreviar) le preguntarán a usted, o a su representante, por qué considera que debe continuar la cobertura de los servicios. No es necesario que prepare nada por escrito, pero puede hacerlo si lo desea.
- Los revisores también analizarán su información médica, hablarán con su médico, y revisarán la información que el hospital y nosotros les hayamos entregado.
- Al mediodía del día posterior al día en que los revisores informaran a nuestro plan su apelación, usted también recibirá aviso por escrito con su fecha de alta prevista y donde se explicarán en detalle los motivos por los cuales su médico, el hospital y nosotros consideramos que es correcto (médicamente adecuado) darle el alta en esa fecha.

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

Términos legales

Esta explicación por escrito se denomina “**Aviso detallado de alta**”. Puede obtener una muestra de este aviso si llama al Servicio al Cliente (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este manual) o si llama al 1-800 MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. (Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048). O bien puede ver una muestra del aviso en línea en <https://www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.html>

Paso 3: Dentro del día completo posterior al día en que tenga toda la información necesaria, la Organización para la Mejora de la Calidad le dará su respuesta a su apelación.

¿Qué sucede si la respuesta es afirmativa?

- Si la organización de revisión *acepta* su apelación, **debemos seguir suministrando sus servicios hospitalarios cubiertos para pacientes hospitalizados mientras estos servicios sean médicamente necesarios.**
- Tendrá que seguir pagando su parte de los costos (como deducibles o copagos, si corresponde). Además, puede haber limitaciones sobre sus servicios hospitalarios cubiertos. (Consulte el Capítulo 4 de este manual).

¿Qué sucede si la respuesta es negativa?

- Si la organización de revisión *rechaza* su apelación, significa que, para ellos, su fecha prevista de alta es médicamente adecuada. Si sucede esto, **nuestra cobertura de sus servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados finalizará** al mediodía del día *posterior* al día en que la Organización para la Mejora de la Calidad responda a su apelación.
- Si la organización de revisión *rechaza* su apelación y usted decide permanecer en el hospital, es **posible que deba pagar el costo total** de la atención hospitalaria que reciba después del mediodía del día posterior al día en que la Organización para la Mejora de la Calidad responda a su apelación.

Paso 4: Si la respuesta a su Apelación de Nivel 1 es negativa, usted decide si desea presentar otra apelación.

- Si la Organización para la Mejora de la Calidad rechazó su apelación, y permanece en el hospital después de su fecha de alta prevista, puede presentar otra apelación. Presentar otra apelación significa que usted va a pasar al “Nivel 2” del proceso de apelación.

Capítulo 9. Qué 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 2 para cambiar su fecha de alta hospitalaria

Si la Organización para la Mejora de la Calidad rechazó su apelación, y usted permanece en el hospital después de su fecha de alta prevista, puede presentar una Apelación de Nivel 2. Durante la Apelación de Nivel 2, usted pide a la Organización para la Mejora de la Calidad que analice nuevamente la decisión que tomaron sobre su primera apelación. Si la Organización para la Mejora de la Calidad rechaza su Apelación de Nivel 2, es posible que tenga que pagar la totalidad del costo de su internación después de la fecha de alta hospitalaria planeada.

Estos son los pasos para el Nivel 2 del proceso de apelación:

Paso 1: Usted se comunica nuevamente con la Organización para la Mejora de la Calidad y pide otra revisión.

- Debe solicitar esta revisión **dentro de los 60 días calendario** posteriores al día en que la Organización para la Mejora de la Calidad *rechace* su Apelación de Nivel 1. Puede solicitar esta revisión solo si permaneció en el hospital después de la fecha en que finalizó la cobertura de su atención.

Paso 2: La Organización para la Mejora de la Calidad realiza una segunda revisión de su situación.

- Los revisores de la Organización para la Mejora de la Calidad volverán a observar cuidadosamente toda la información en relación con su apelación.

Paso 3: Dentro de los 14 días calendario de la recepción de su solicitud de una segunda revisión, los revisores de la Organización para la Mejora de la Calidad decidirán sobre su apelación y le informarán la decisión.

Si la organización de revisión acepta:

- **Tenemos que reembolsarle** nuestra parte del costo de la atención hospitalaria que ha recibido desde el mediodía del día posterior al día del rechazo de su primera apelación por parte de la Organización para la Mejora de la Calidad. **Debemos seguir brindando cobertura de su atención hospitalaria para pacientes hospitalizados durante el tiempo que sea médicamente necesario.**
- Debe continuar pagando su parte de los costos y pueden aplicarse limitaciones a la cobertura.

En caso de rechazo de la organización de revisión:

- Esto significa que están de acuerdo con la decisión tomada en su Apelación de Nivel 1 y no la modificarán.
- El aviso que reciba le informará por escrito lo que puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Le proporcionará los detalles sobre cómo avanzar hacia el próximo nivel de apelaciones, del que se encarga un árbitro o un juez de derecho administrativo.

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

Paso 4: En caso de rechazo, deberá decidir si desea proseguir con su apelación mediante el paso al Nivel 3.

- Hay tres niveles adicionales en el proceso de apelación después del Nivel 2 (en total son cinco niveles de apelación). Si la organización de revisión rechaza su Apelación de Nivel 2, puede optar por aceptar esa decisión o bien pasar al Nivel 3 y presentar otra apelación. En el Nivel 3, un árbitro o un juez de derecho administrativo se ocupan de revisar su apelación.
- La Sección 10 de este capítulo brinda más información sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelación.

Sección 8.4	¿Qué sucede si no cumple la fecha límite para presentar su Apelación de Nivel 1?
--------------------	--

Puede apelar ante nosotros también

Como se explicó anteriormente en la Sección 8.2, debe actuar con rapidez para comunicarse con la Organización para la Mejora de la Calidad para comenzar su primera apelación de su alta hospitalaria. (“Con rapidez” significa antes de abandonar el hospital y antes de su fecha de alta prevista). Si no cumple con la fecha límite para comunicarse con esta organización, hay otra manera de presentar su apelación.

Si utiliza esta otra manera de presentar su apelación, *los primeros dos niveles de apelación son diferentes.*

Paso a paso: Cómo presentar una Apelación Alternativa de Nivel 1

Si no cumple una fecha límite para comunicarse con la Organización para la Mejora de la Calidad, puede presentar una apelación ante nosotros para solicitar una “revisión rápida”. Una revisión rápida es una apelación que usa los plazos rápidos en lugar de los plazos estándar.

Términos legales
Una revisión “rápida” (o “apelación rápida”) también se llama “ apelación acelerada ”.

Paso 1: Comuníquese con nosotros y solicite una “revisión rápida”.

- Para obtener detalles sobre cómo comunicarse con nosotros, consulte la Sección 1 del Capítulo 2 y busque la sección llamada *Cómo comunicarse con nosotros cuando presenta una apelación sobre su atención médica.*
- **Asegúrese de solicitar una “revisión rápida”.** Esto significa que usted nos pide que le respondamos con fechas límite “rápidas” en lugar de “estándar”.

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

Paso 2: Realizamos una revisión “rápida” de su fecha de alta prevista para verificar si fue médicamente adecuada.

- Durante esta revisión, observamos toda la información sobre su internación. Comprobamos si su fecha prevista del alta fue médicamente adecuada para usted. Verificaremos si la decisión sobre el momento en que debe abandonar el hospital fue justa y siguió todas las normas.
- En esta situación, utilizaremos las fechas límite “rápidas” y no las “estándar” para darle la respuesta sobre esta revisión.

Paso 3: Le informaremos nuestra decisión dentro de las 72 horas de su solicitud de “revisión rápida” (“apelación rápida”).

- **Si aceptamos su apelación rápida**, significa que estamos de acuerdo con usted en que deberá seguir en el hospital después de la fecha prevista del alta, y seguiremos brindándole sus servicios hospitalarios cubiertos para pacientes hospitalizados mientras esto sea médicamente necesario. También significa que aceptamos reembolsarle nuestra parte de los costos de atención que ha recibido desde la fecha en que nosotros determinamos que finalizaría su cobertura. (Usted debe pagar su parte de los costos y pueden aplicarse limitaciones a la cobertura).
- **Si rechazamos su apelación rápida**, significa que decidimos que su fecha prevista de alta era médicamente adecuada. Nuestra cobertura de sus servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados finaliza el día en que dijimos que finalizaría su cobertura.
 - Si permaneció en el hospital *después* de su fecha prevista del alta, **es posible que tenga que pagar todos los costos** de la atención hospitalaria que reciba después de su fecha prevista de alta.

Paso 4: Si rechazamos su apelación rápida, su caso se enviará automáticamente al siguiente nivel del proceso de apelación.

- Para asegurarnos de haber seguido todas las normas cuando rechazamos su apelación rápida, **estamos obligados a enviar su apelación a la “Organización de revisión independiente”**. Cuando hacemos esto, significa que usted *automáticamente* pasará al Nivel 2 del proceso de apelación.

Paso a paso: Proceso de Apelación Alternativa de Nivel 2

Si nuestro plan rechaza su Apelación de Nivel 1, su caso se enviará *automáticamente* al siguiente nivel del proceso de apelación. Durante la Apelación de Nivel 2, una **Organización de revisión independiente** revisa la decisión que tomamos cuando rechazamos su “apelación rápida”. Esta organización decide si la decisión que tomamos debería cambiar.

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

Términos legales

El nombre formal de la “Organización de revisión independiente” es “**Entidad de revisión independiente**”. A veces se denomina “**IRE**”.

Paso 1: Automáticamente enviaremos su caso a la Organización de revisión independiente.

- Tenemos que enviar la información para su Apelación de Nivel 2 a la Organización de revisión independiente dentro de las 24 horas del momento en que le informemos que rechazamos su primera apelación. (Si considera que no cumplimos las fechas límite, u otras, puede presentar una queja. El proceso de quejas es diferente del proceso de apelación. La Sección 11 de este capítulo le indica cómo presentar una queja).

Paso 2: La Organización de revisión independiente realiza una “revisión rápida” de su apelación. Los revisores le proporcionan una respuesta dentro de las 72 horas.

- **La Organización de revisión independiente es una organización independiente que contrata Medicare.** Esta organización no está relacionada con nuestro plan y no es una agencia gubernamental. Esta organización es una compañía elegida por Medicare para ocuparse de ser la Organización de revisión independiente. Medicare supervisa su trabajo.
- Los revisores de la Organización de revisión independiente analizarán cuidadosamente toda la información relacionada con su apelación de su alta hospitalaria.
- **Si esta organización *acepta* su apelación,** tenemos que reembolsarle (reintegrarle) nuestra parte de los costos de atención hospitalaria que haya recibido desde la fecha de su alta prevista. También tenemos que continuar la cobertura de servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados del plan mientras esto sea médicamente necesario. Usted tiene que seguir pagando su parte de los costos. Si existen limitaciones sobre la cobertura, esto puede limitar el monto que reembolsaríamos, o el tiempo durante el cual continuaríamos la cobertura de sus servicios.
- **Si esta organización *rechaza* su apelación,** significa que están de acuerdo con nosotros en que su fecha de alta prevista era médicamente adecuada.
 - El aviso que reciba de la Organización de revisión independiente le informará por escrito lo que puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Le proporcionará los detalles sobre cómo avanzar hacia el Nivel 3 de apelaciones, del que se encarga un árbitro o un juez de derecho administrativo.

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

Paso 3: Si la Organización de revisión independiente rechaza su apelación, usted decide si desea seguir con su apelación.

- Hay tres niveles adicionales en el proceso de apelación después del Nivel 2 (en total son cinco niveles de apelación). Si los revisores rechazan su Apelación de Nivel 2, decide usted si aceptará esta decisión o pasará al Nivel 3 y presentará una tercera apelación.
- La Sección 10 de este capítulo brinda más información sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelación.

SECCIÓN 9 Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos si usted considera que su cobertura finalizará demasiado pronto

Sección 9.1	<i>Esta sección trata sobre tres servicios únicamente: atención médica a domicilio, atención en un centro de enfermería especializada y servicios de un Centro de Rehabilitación Integral para Pacientes Ambulatorios (CORF)</i>
--------------------	---

Esta sección se refiere *solo* a los siguientes tipos de atención:

- **Servicios de atención médica a domicilio** que reciba
- **Atención de enfermería especializada** que reciba como paciente en un centro de enfermería especializada. (Para saber los requisitos para considerarlo “centro de enfermería especializada”, consulte el Capítulo 12, *Definiciones de palabras importantes*).
- **Atención de rehabilitación** que reciba como paciente ambulatorio en un Centro de Rehabilitación Integral para Pacientes Ambulatorios (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF) aprobado por Medicare. Generalmente, esto significa que usted recibe el tratamiento por una enfermedad o un accidente, o se está recuperando de una cirugía importante. (Para obtener más información sobre este tipo de centro, consulte el Capítulo 12, *Definiciones de palabras importantes*).

Cuando reciba alguno de estos tipos de atención, tendrá derecho a seguir recibiendo sus servicios cubiertos por el plan para ese tipo de atención mientras sea necesaria la atención para el diagnóstico y tratamiento de su enfermedad o lesión. Si desea más información sobre sus servicios cubiertos por el plan, incluida su parte del costo y las limitaciones a la cobertura que puedan aplicarse, consulte el Capítulo 4 de este manual: *Cuadro de beneficios (lo que está cubierto)*.

Cuando decidamos que es el momento de interrumpir la cobertura de uno de los tres tipos de atención, tenemos que informarle con anticipación. Cuando finalice su cobertura para esos servicios, *dejaremos de pagar por su atención*.

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

Si cree que finalizamos la cobertura de su atención demasiado pronto, **puede apelar nuestra decisión**. En esta sección se explica cómo solicitar una apelación.

Sección 9.2**Le informaremos con anticipación cuándo finalizará su cobertura**

1. Usted recibe un aviso por escrito. Al menos dos días antes de que nuestro plan interrumpa la cobertura de su atención, recibirá un aviso.

- El aviso por escrito le informa la fecha en la cual dejaremos de cubrir su atención.
- El aviso por escrito también le indica lo que puede hacer si desea solicitar a nuestro plan que cambie esta decisión sobre el momento de finalización de su atención, y para seguir la cobertura por un período más prolongado.

Términos legales

Al informarle lo que puede hacer, el aviso por escrito le indica cómo puede solicitar una **“apelación por vía rápida”**. Solicitar una apelación por vía rápida es una manera legal y formal de solicitar un cambio en nuestra decisión de cobertura sobre el momento de interrupción de su atención. (La Sección 9.3 a continuación le indica cómo puede solicitar una apelación por vía rápida).

El aviso por escrito se denomina **“Aviso de no cobertura de Medicare”**. Puede obtener una copia de muestra si llama al Servicio al Cliente (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este manual) o al 1-800 MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. O bien, puede consultar una copia en línea en <https://www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/MAEDNotices.html>

2. Debe firmar el aviso por escrito para demostrar que lo recibió.

- Usted o una persona que lo represente tienen que firmar el aviso. (La Sección 5 le indica cómo puede dar un permiso por escrito a otra persona para que actúe como su representante).
- Firmar este aviso *solo* demuestra que ha recibido la información sobre el momento en que se interrumpirá su cobertura. **Firmarlo no significa que esté de acuerdo** con el plan en que es el momento de interrumpir su atención.

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema**o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)****Sección 9.3****Paso a paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 1 para que nuestro plan cubra su atención por más tiempo**

Si desea solicitar que cubramos su atención durante un período más prolongado, deberá usar el proceso de apelación para presentar esta solicitud. Antes de comenzar, debe entender lo que debe hacer y cuáles son las fechas límite.

- **Siga el proceso.** A continuación, se explica cada paso de los primeros dos niveles del proceso de apelación.
- **Cumpla con los plazos.** Los plazos son importantes. Asegúrese de comprender y seguir los plazos que se aplican a lo que debe hacer. También existen plazos que nuestro plan debe seguir. (Si cree que no cumplimos nuestras fechas límite, puede presentar una queja. La Sección 11 de este capítulo le indica cómo presentar una queja).
- **Solicite ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, llame al Servicio al Cliente (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este manual). O bien, llame a su Programa Estatal de Ayuda sobre Seguros Médicos, una organización gubernamental que brinda asistencia personalizada (consulte la Sección 2 de este capítulo).

Durante una Apelación de Nivel 1, la Organización para la Mejora de la Calidad revisa su apelación y decide si debe modificar la decisión que tomó nuestro plan.

Paso 1: Presentar su Apelación de Nivel 1: comuníquese con la Organización para la Mejora de la Calidad correspondiente a su estado y solicite una revisión. Tiene que actuar rápidamente.

¿Qué es la Organización para la Mejora de la Calidad?

- Esta organización consiste en un grupo de médicos y otros expertos de atención médica que reciben un pago del gobierno federal. Estos expertos no son parte de nuestro plan. Ellos verifican la calidad de atención que reciben las personas que participan en Medicare y revisan las decisiones del plan sobre el momento de interrumpir la cobertura de ciertos tipos de atención médica.

¿Cómo puede comunicarse con esta organización?

- El aviso por escrito que recibió le indica cómo comunicarse con esta organización. (O bien, busque el nombre, la dirección y el número de teléfono de la Organización para la Mejora de la Calidad correspondiente a su estado en la Sección 4 del Capítulo 2 de este manual).

¿Qué debe solicitarles?

- Solicite a esta organización una “apelación por vía rápida” (para efectuar una revisión independiente) sobre si es médicamente adecuado que finalicemos la cobertura de sus servicios médicos.

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

Su fecha límite para comunicarse con esta organización.

- Tiene que comunicarse con la Organización para la Mejora de la Calidad para comenzar su apelación *antes del mediodía del día posterior a haber recibido el aviso por escrito que le informa cuándo dejaremos de cubrir su atención.*
- Si excede el plazo para comunicarse con la Organización para la Mejora de la Calidad sobre su apelación, puede presentar su apelación directamente ante nosotros en su lugar. Para obtener más detalles sobre esta otra manera de presentar su apelación, consulte la Sección 9.5.

Paso 2: La Organización para la Mejora de la Calidad efectúa una revisión independiente de su caso.

¿Qué sucede durante esta revisión?

- Los profesionales de la salud en la Organización para la Mejora de la Calidad (a quienes llamaremos “revisores” para abreviar) le preguntarán a usted, o a su representante, por qué considera que debe continuar la cobertura de los servicios. No es necesario que prepare nada por escrito, pero puede hacerlo si lo desea.
- La organización de revisión también analizará su información médica, hablará con su médico, y revisará la información que nuestro plan les haya entregado.
- Al finalizar el día, los revisores nos informan su apelación y usted también recibirá un aviso nuestro por escrito que explica en detalle nuestros motivos para finalizar la cobertura de sus servicios.

Términos legales
Este aviso explicativo se denomina “Explicación detallada de no cobertura”.

Paso 3: Dentro del día posterior al día en que tienen toda la información que necesitan, los revisores le informan su decisión.

¿Qué sucede si los revisores aceptan su apelación?

- Si los revisores *aceptan* su apelación, **tenemos que seguir brindando sus servicios cubiertos por el plan mientras estos servicios sean médicamente necesarios.**
- Tendrá que seguir pagando su parte de los costos (como deducibles o copagos, si corresponde). Además, puede haber limitaciones sobre sus servicios cubiertos por el plan (consulte el Capítulo 4 de este manual).

¿Qué sucede si los revisores rechazan su apelación?

- Si los revisores *rechazan* su apelación, **su cobertura finalizará en la fecha en que le informamos.** Dejaremos de pagar nuestra parte de los costos de esta atención en la fecha que aparece en el aviso.

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

- Si decide seguir recibiendo atención médica a domicilio, atención de un centro de enfermería especializada o servicios de un Centro de Rehabilitación Integral para Pacientes Ambulatorios (CORF) *después* de esta fecha en que finaliza su cobertura, **tendrá que pagar el costo total** de la atención.

Paso 4: Si la respuesta a su Apelación de Nivel 1 es negativa, usted decide si desea presentar otra apelación.

- Esta primera apelación que presenta es el “Nivel 1” del proceso de apelación. Si los revisores *rechazan* su Apelación de Nivel 1 y usted elige continuar recibiendo atención después de que ha finalizado la cobertura de la atención, podrá presentar otra apelación.
- Presentar otra apelación significa que usted va a pasar al “Nivel 2” del proceso de apelación.

Sección 9.4	Paso a paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 2 para que nuestro plan cubra su atención por más tiempo
--------------------	--

Si la Organización para la Mejora de la Calidad rechazó su apelación y usted decide seguir recibiendo atención después de finalizar la cobertura de su atención, puede presentar una Apelación de Nivel 2. Durante la Apelación de Nivel 2, usted pide a la Organización para la Mejora de la Calidad que analice nuevamente la decisión que tomaron sobre su primera apelación. Si la Organización para la Mejora de la Calidad rechaza su Apelación de Nivel 2, es posible que deba pagar el costo total de su atención médica a domicilio, o atención de un centro de enfermería especializada, o servicios de un Centro de Rehabilitación Integral para Pacientes Ambulatorios (CORF) *después* de la fecha en que dijimos que finalizaría su cobertura.

Estos son los pasos para el Nivel 2 del proceso de apelación:

Paso 1: Usted se comunica nuevamente con la Organización para la Mejora de la Calidad y pide otra revisión.

- Tiene que solicitar esta revisión **dentro de los 60 días** posteriores al día en que la Organización para la Mejora de la Calidad *rechace* su Apelación de Nivel 1. Puede solicitar esta revisión solo si continuó recibiendo la atención después de la fecha en que finalizó la cobertura de su atención.

Paso 2: La Organización para la Mejora de la Calidad realiza una segunda revisión de su situación.

- Los revisores de la Organización para la Mejora de la Calidad volverán a observar cuidadosamente toda la información en relación con su apelación.

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

Paso 3: Dentro de los 14 días de la recepción de su solicitud de apelación, los revisores decidirán sobre su apelación y le informarán la decisión.

¿Qué sucede si la organización de revisión acepta su apelación?

- **Tenemos que reembolsarle** nuestra parte de los costos de atención que ha recibido desde la fecha en que nosotros determinamos que finalizaría su cobertura. **Debemos continuar proporcionándole cobertura** para la atención durante el tiempo que sea médicamente necesario.
- Usted tiene que continuar pagando su parte de los costos y pueden aplicarse limitaciones a la cobertura.

¿Qué sucede en caso de rechazo de la organización de revisión?

- Esto significa que están de acuerdo con la decisión que tomamos en su Apelación de Nivel 1, y no la modificarán.
- El aviso que reciba le informará por escrito lo que puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Le proporcionará los detalles sobre cómo avanzar hacia el próximo nivel de apelaciones, del que se encarga un árbitro o un juez de derecho administrativo.

Paso 4: En caso de rechazo, deberá decidir si desea proseguir con su apelación.

- Hay tres niveles adicionales de apelación después del Nivel 2 (en total son cinco niveles de apelación). Si los revisores rechazan su Apelación de Nivel 2, puede optar por aceptar esa decisión o bien pasar al Nivel 3 y presentar otra apelación. En el Nivel 3, un árbitro o un juez de derecho administrativo se ocupan de revisar su apelación.
- La Sección 10 de este capítulo brinda más información sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelación.

Sección 9.5	¿Qué sucede si no cumple la fecha límite para presentar su Apelación de Nivel 1?
--------------------	---

Puede apelar ante nosotros también

Como se explicó anteriormente en la Sección 9.3, debe actuar con rapidez para comunicarse con la Organización para la Mejora de la Calidad para comenzar su primera apelación (dentro de uno o dos días como máximo). Si no cumple con la fecha límite para comunicarse con esta organización, hay otra manera de presentar su apelación. Si utiliza esta otra manera de presentar su apelación, *los primeros dos niveles de apelación son diferentes.*

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

Paso a paso: Cómo presentar una Apelación Alternativa de Nivel 1

Si no cumple una fecha límite para comunicarse con la Organización para la Mejora de la Calidad, puede presentar una apelación ante nosotros para solicitar una “revisión rápida”. Una revisión rápida es una apelación que usa los plazos rápidos en lugar de los plazos estándar.

Estos son los pasos para una Apelación de Nivel 1 alternativa:

Términos legales
Una revisión “rápida” (o “apelación rápida”) también se llama “ apelación acelerada ”.

Paso 1: Comuníquese con nosotros y solicite una “revisión rápida”.

- Para obtener detalles sobre cómo comunicarse con nosotros, consulte la Sección 1 del Capítulo 2 y busque la sección llamada (*Cómo comunicarse con nosotros cuando presenta una apelación sobre su atención médica*).
- **Asegúrese de solicitar una “revisión rápida”.** Esto significa que usted nos pide que le respondamos con fechas límite “rápidas” en lugar de “estándar”.

Paso 2: Realizamos una revisión “rápida” de la decisión que tomamos sobre el momento de finalizar la cobertura de sus servicios.

- Durante esta revisión, analizamos otra vez toda la información sobre su caso. Verificamos si seguimos todas las normas cuando fijamos la fecha para finalizar la cobertura del plan para los servicios que usted recibía.
- Utilizaremos las fechas límite “rápidas” y no las “estándar” para darle la respuesta sobre esta revisión.

Paso 3: Le informaremos nuestra decisión dentro de las 72 horas de su solicitud de “revisión rápida” (“apelación rápida”).

- **Si aceptamos su apelación rápida,** significa que estamos de acuerdo con usted en que necesita los servicios por más tiempo, y seguiremos brindándole sus servicios cubiertos mientras esto sea médicamente necesario. También significa que aceptamos reembolsarle nuestra parte de los costos de atención que ha recibido desde la fecha en que nosotros determinamos que finalizaría su cobertura. (Usted debe pagar su parte de los costos y pueden aplicarse limitaciones a la cobertura).
- **Si rechazamos su apelación rápida,** su cobertura finalizará en la fecha en que le indicamos, y no pagaremos ninguna parte de los costos después de esta fecha.
- Si continuó recibiendo atención médica a domicilio, o atención de un centro de enfermería especializada o servicios de un Centro de Rehabilitación Integral para Pacientes Ambulatorios (CORF) *después* de la fecha en que indicamos que finalizaría su cobertura, tendrá **que pagar el costo total** de la atención.

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

Paso 4: Si rechazamos su apelación rápida, su caso irá automáticamente al siguiente nivel del proceso de apelación.

- Para asegurarnos de haber seguido todas las normas cuando rechazamos su apelación rápida, **estamos obligados a enviar su apelación a la “Organización de revisión independiente”**. Cuando hacemos esto, significa que usted *automáticamente* pasará al Nivel 2 del proceso de apelación.

Paso a paso: Proceso de Apelación Alternativa de Nivel 2

Si nuestro plan rechaza su Apelación de Nivel 1, su caso se enviará *automáticamente* al siguiente nivel del proceso de apelación. Durante la Apelación de Nivel 2, la **Organización de revisión independiente** revisa la decisión que tomamos cuando rechazamos su “apelación rápida”. Esta organización decide si la decisión que tomamos debería cambiar.

Términos legales
El nombre formal de la “Organización de revisión independiente” es “ Entidad de revisión independiente ”. A veces se denomina “ IRE ”.

Paso 1: Automáticamente enviaremos su caso a la Organización de revisión independiente.

- Tenemos que enviar la información para su Apelación de Nivel 2 a la Organización de revisión independiente dentro de las 24 horas del momento en que le informemos que rechazamos su primera apelación. (Si considera que no cumplimos las fechas límite, u otras, puede presentar una queja. El proceso de quejas es diferente del proceso de apelación. La Sección 11 de este capítulo le indica cómo presentar una queja).

Paso 2: La Organización de revisión independiente realiza una “revisión rápida” de su apelación. Los revisores le proporcionan una respuesta dentro de las 72 horas.

- **La Organización de revisión independiente es una organización independiente que contrata Medicare.** Esta organización no está relacionada con nuestro plan y no es una agencia gubernamental. Esta organización es una compañía elegida por Medicare para ocuparse de ser la Organización de revisión independiente. Medicare supervisa su trabajo.
- Los revisores de la Organización de revisión independiente analizarán cuidadosamente toda la información relacionada con su apelación.
- **Si esta organización acepta su apelación,** tenemos que reembolsarle (reintegrarle) nuestra parte de los costos de atención que haya recibido desde la fecha en que indicamos que finalizaría su cobertura. También tenemos que seguir brindando cobertura de su atención durante el tiempo que sea médicamente necesario. Usted tiene que seguir pagando su parte de los costos. Si existen limitaciones sobre la

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

cobertura, esto puede limitar el monto que reembolsaríamos, o el tiempo durante el cual continuaríamos la cobertura de sus servicios.

- **Si esta organización rechaza su apelación**, significa que están de acuerdo con la decisión que tomó nuestro plan sobre su primera apelación, y no la modificarán.
 - El aviso que reciba de la Organización de revisión independiente le informará por escrito lo que puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Le dará los detalles sobre cómo proseguir al Nivel 3 de apelación.

Paso 3: Si la Organización de revisión independiente rechaza su apelación, usted decide si desea seguir con su apelación.

- Hay tres niveles adicionales de apelación después del Nivel 2 (en total son cinco niveles de apelación). Si los revisores rechazan su Apelación de Nivel 2, puede optar por aceptar esa decisión o bien pasar al Nivel 3 y presentar otra apelación. En el Nivel 3, un árbitro o un juez de derecho administrativo se ocupan de revisar su apelación.
- La Sección 10 de este capítulo brinda más información sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelación.

SECCIÓN 10 Cómo seguir con su apelación en el Nivel 3 y más allá

Sección 10.1	Niveles de Apelación 3 y 4 para apelaciones de servicios médicos
---------------------	---

Esta sección puede ser adecuada para usted si ha presentado una Apelación de Nivel 1 y una Apelación de Nivel 2, y ambas fueron rechazadas.

La carta que reciba de la Oficina de Audiencias Administrativas Integradas (IAHO) le informará lo que debe hacer si desea continuar con el proceso de apelaciones.

El Nivel 3 del proceso de apelaciones es una revisión a cargo del Consejo de Apelaciones de Medicare. Luego, puede tener derecho a solicitar que un tribunal federal revise su apelación. Si necesita ayuda en cualquier etapa del proceso de apelaciones, puede comunicarse con la Red de Defensoría del Consumidor Independiente (Independent Consumer Advocacy Network, ICAN). El número de teléfono es 1-844-614-8800.

Sección 10.2	Niveles de Apelación 3, 4 y 5 para apelaciones de medicamentos de la Parte D
---------------------	---

Esta sección puede ser adecuada para usted si ha presentado una Apelación de Nivel 1 y una Apelación de Nivel 2, y ambas fueron rechazadas.

Si el valor del medicamento que apeló cumple con cierto nivel de monto en dólares, puede proseguir a los niveles adicionales de apelación. Si el monto en dólares es menor, no puede

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

apelar más. La respuesta por escrito que reciba en su Apelación de Nivel 2 explicará con quién tiene que comunicarse y qué hacer para solicitar una Apelación de Nivel 3.

Para la mayoría de las situaciones que implican apelaciones, los últimos tres niveles de apelación funcionan casi de la misma manera. A continuación, mostramos quiénes se ocupan de la revisión de su apelación en cada uno de estos niveles.

Apelación de Nivel 3 Un juez (llamado juez de derecho administrativo) o un árbitro que trabaja para el gobierno federal serán los encargados de revisar su apelación y de brindarle una respuesta.

- **Si la respuesta es afirmativa, el proceso de apelación ha finalizado.** Se aprobó lo que solicitó en la apelación. Debemos **autorizar o proporcionar la cobertura de medicamentos** que aprobaron el árbitro o el juez de derecho administrativo **dentro de las 72 horas (24 horas para apelaciones aceleradas) o realizar el pago no más de 30 días calendario** después de recibir la decisión.
- **Si la respuesta es negativa, el proceso de apelación puede o no haber finalizado.**
 - Si decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, finaliza el proceso de apelación.
 - Si no desea aceptar la decisión, puede continuar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el árbitro o el juez de derecho administrativo rechazan su apelación, el aviso que recibirá le informará qué hacer a continuación si decide seguir con su apelación.

Apelación de Nivel 4 El Consejo de apelaciones de Medicare (Consejo) revisará su apelación y le dará una respuesta. El Consejo es parte del gobierno federal.

- **Si la respuesta es afirmativa, el proceso de apelación ha finalizado.** Se aprobó lo que solicitó en la apelación. Debemos **autorizar o proporcionar la cobertura de medicamentos** que aprobó el Consejo **dentro de las 72 horas (24 horas para apelaciones aceleradas) o realizar el pago no más de 30 días calendario** después de recibir la decisión.
- **Si la respuesta es negativa, el proceso de apelación puede o no haber finalizado.**
 - Si decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, finaliza el proceso de apelación.
 - Si no desea aceptar la decisión, puede continuar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo rechaza su apelación, o rechaza su solicitud de revisión de la apelación, el aviso que reciba le indicará si las normas le permiten seguir a una Apelación de Nivel 5. Si las normas le permiten seguir, el aviso por escrito también le indicará con quién tiene que comunicarse y qué hacer a continuación, si decide proseguir con su apelación.

Apelación de Nivel 5 Un juez del Tribunal de Distrito Federal revisará su apelación.

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

- Este es el último paso del proceso de apelación.

SECCIÓN 11 Cómo presentar quejas sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, servicio al cliente y otras inquietudes



Si su problema es por decisiones relacionadas con beneficios, cobertura o pago, esta sección *no corresponde en su caso*. En cambio, deberá utilizar el proceso para decisiones de cobertura y apelaciones. Consulte la Sección 5 de este capítulo.

Sección 11.1 ¿Qué tipos de problemas maneja el proceso de quejas?

Esta sección explica cómo utilizar el proceso para presentar quejas. El proceso de quejas se usa para ciertos tipos de problemas *solamente*. Esto incluye problemas relacionados con calidad de atención, tiempos de espera y Servicio al Cliente que recibe. Estos son ejemplos de tipos de problemas que maneja el proceso de quejas.

Si tiene alguno de estos tipos de problemas, puede “presentar una queja”

Queja	Ejemplo
Calidad de su atención médica	<ul style="list-style-type: none"> • ¿No está conforme con la calidad de la atención que recibió (incluida la atención en el hospital)?
Respeto de su privacidad	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Cree que alguien no respetó su derecho a la privacidad o compartió información suya que usted considera que debe ser confidencial?
Falta de respeto, mal servicio al cliente u otras conductas negativas	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Alguien fue grosero o irrespetuoso con usted? • ¿Está disconforme con el modo en que lo ha tratado el Servicio al Cliente? • ¿Cree que le recomiendan abandonar el plan?
Tiempos de espera	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Tiene problemas para concertar citas o espera demasiado para conseguir una? • ¿Los médicos, farmacéuticos u otros profesionales de la salud lo han hecho esperar demasiado? ¿O lo han hecho nuestro Servicio al Cliente u otros miembros del personal del plan? <ul style="list-style-type: none"> ○ Los ejemplos incluyen esperas prolongadas por teléfono, o en la sala de espera, o cuando se surte un medicamento, o en la sala de examen.
Limpieza	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Está disconforme con la limpieza o las condiciones de una clínica, hospital o consultorio del médico?

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

Queja	Ejemplo
<p>Información que le brindamos</p>	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Cree que no le hemos brindado un aviso que debíamos enviarle? • ¿Cree que la información por escrito que le entregamos es difícil de entender?
<p>Puntualidad (Estos tipos de quejas están todos relacionados con la <i>puntualidad</i> de nuestras acciones en relación con las decisiones de cobertura y las apelaciones)</p>	<p>El proceso de solicitud de decisión de cobertura y la presentación de apelaciones se explica en las secciones 4 a 10 de este capítulo. Si solicita una decisión o presenta una apelación, utiliza ese proceso, no el de quejas.</p> <p>No obstante, si ya nos solicitó una decisión de cobertura o presentó una apelación, y cree que no le respondemos con suficiente rapidez, también puede presentar una queja sobre nuestra lentitud. Por ejemplo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si nos solicitó una “decisión de cobertura rápida” o una “apelación rápida” y le respondimos que no se la otorgaremos, puede presentar una queja. • Si cree que no cumplimos las fechas límite para darle una decisión de cobertura o una respuesta a una apelación que presentó, puede presentar una queja. • Cuando se revisa una decisión de cobertura que tomamos y nos informan que debemos cubrir o reembolsarle ciertos servicios médicos o medicamentos, existen fechas límite que se aplican. Si cree que no cumplimos estas fechas límite, puede presentar una queja. • Cuando no le comunicamos una decisión a tiempo, tendremos la obligación de remitir su caso a la Oficina de Audiencias Administrativas Integradas. Si no hacemos eso dentro del plazo requerido, puede presentar una queja.

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

Sección 11.2	El nombre formal para “presentación de una queja” es “presentación de una queja formal”.
---------------------	---

Términos legales

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Lo que esta sección denomina “queja” también se llama “queja formal”. • Otro término para “presentación de una queja” es “presentación de una queja formal”. • Otra forma de decir “uso del proceso para quejas” es “uso del proceso para presentar una queja formal”. |
|--|

Sección 11.3	Paso a paso: Cómo presentar una queja
---------------------	--

Paso 1: Comuníquese con nosotros de inmediato, por teléfono o por escrito.

- **En general, llamar al Servicio al Cliente es el primer paso.** Si hay algo más que deba hacer, Servicio al Cliente le informará. 1-800-326-2266, los usuarios de TTY deben llamar al 711. Atendemos los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora del Este. **Si no desea llamar (o 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.
- **Ya sea por teléfono o por correo, debe comunicarse de inmediato con el Servicio al Cliente.** La queja se puede presentar en cualquier momento después de que haya tenido el problema por el cual desea presentar la queja.

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

- **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.

Términos legales

Lo que esta sección denomina “**queja rápida**” también se llama “**queja formal acelerada**”.

Paso 2: Analizamos su queja y le brindamos nuestra respuesta.

- **De ser posible, le responderemos de inmediato.** Si nos llama a causa de una queja, podremos darle una respuesta en la misma llamada telefónica. Si su estado de salud requiere que le respondamos rápidamente, lo haremos.
- **La mayoría de las quejas se responden en 30 días calendario.** Si necesitamos más información y el retraso es lo más adecuado para usted, o si usted solicita más tiempo, podemos tardar hasta 14 días calendario más (44 días calendario en total) para responder a su queja. Si decidimos tomarnos unos días adicionales, le informaremos por escrito.
- **Si no estamos de acuerdo** con todo o parte de su queja o no asumimos responsabilidad por el problema objeto de su queja, le informaremos. Nuestra respuesta incluirá los motivos de nuestra respuesta. Debemos responder si estamos o no de acuerdo con la queja.

Sección 11.4**También puede presentar quejas sobre la calidad de la atención ante la Organización para la Mejora de la Calidad**

Puede presentar su queja sobre la calidad de la atención que le brindamos mediante el proceso paso a paso que se explicó anteriormente.

Cuando su queja se trate sobre *calidad de atención*, también tendrá dos opciones adicionales:

- **Podrá presentar su queja ante la Organización para la Mejora de la Calidad.** Si lo prefiere, puede presentar su queja acerca de la calidad de la atención que recibió directamente ante esta organización (*sin* presentar la queja ante nosotros).
 - La Organización para la Mejora de la Calidad es un grupo de médicos practicantes y otros expertos en atención médica a quienes el gobierno federal les paga para verificar y mejorar la atención suministrada a pacientes de Medicare.
 - Busque el nombre, la dirección y el número de teléfono de la Organización para la Mejora de la Calidad correspondiente a su estado en la Sección 4 del Capítulo 2 de este manual. Si presenta una queja ante esta organización, trabajaremos con ellos para resolverla.

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

- **O bien puede presentar su queja ante ambos al mismo tiempo.** Si lo desea, puede presentar su queja sobre calidad de la atención ante nosotros y también ante la Organización para la Mejora de la Calidad.

Sección 11.5 También puede informar a Medicare sobre su queja

Puede presentar una queja relacionada con *RiverSpring MAP (HMO D-SNP)* *RiverSpring MAP (HMO D-SNP)* directamente ante Medicare. Para presentar una queja ante Medicare, visite <https://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx>. Medicare se toma en serio sus quejas y usará esta información para ayudar a mejorar la calidad del programa Medicare.

Si tiene otros comentarios o inquietudes, o si cree que el plan no soluciona su problema, llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY/TDD pueden llamar al 1-877-486-2048.

CAPÍTULO 10

*Finalización de su participación en el
plan*

Capítulo 10. Finalización de su participación en el plan**Capítulo 10. Finalización de su participación en el plan**

SECCIÓN 1	Introducción	232
Sección 1.1	Este capítulo trata sobre la finalización de su participación en nuestro plan	232
SECCIÓN 2	¿Cuándo puede finalizar su participación en nuestro plan?	232
Sección 2.1	Usted puede finalizar su participación porque tiene Medicare y Medicaid	232
Sección 2.2	Usted puede finalizar su participación durante el Período de Inscripción Anual	233
Sección 2.3	Usted puede finalizar su participación durante el Período de Inscripción Abierta de Medicare Advantage	234
Sección 2.4	En determinados casos, usted puede finalizar su participación durante un Período de Inscripción Especial	235
Sección 2.5	¿Dónde puede obtener más información sobre cuándo finalizar su participación?	236
SECCIÓN 3	¿Cómo puede finalizar su participación en nuestro plan?	236
Sección 3.1	En general, finaliza su participación al inscribirse en otro plan.....	236
SECCIÓN 4	Hasta la finalización de su participación, tiene que seguir recibiendo sus servicios médicos y medicamentos a través de nuestro plan	238
Sección 4.1	Hasta la finalización de su participación, sigue siendo asegurado de nuestro plan	238
SECCIÓN 5	<i>RiverSpring MAP (HMO D-SNP)</i> debe finalizar su participación en el plan en ciertas situaciones.....	239
Sección 5.1	¿Cuándo tenemos que finalizar su participación en el plan?.....	239
Sección 5.2	Nosotros <u>no podemos</u> obligarlo a abandonar el plan por un motivo relacionado con su salud.....	240
Sección 5.3	Tiene derecho a presentar una queja si finalizamos su participación en nuestro plan	240

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 Este capítulo trata sobre la finalización de su participación en nuestro plan

La finalización de su participación en el plan *RiverSpring MAP (HMO D-SNP)* puede ser **voluntaria** (de su elección) o **involuntaria** (no de su elección):

- Puede abandonar nuestro plan porque decidió que *desea* abandonarlo.
 - Solo existen ciertos momentos del año, o ciertas situaciones, donde puede finalizar voluntariamente su participación en el plan. La Sección 2 le informa cuándo puede finalizar su participación en el plan. La Sección 2 le informa sobre los tipos de planes en los que puede inscribirse y cuándo comenzará su inscripción en la nueva cobertura.
 - El proceso para finalizar voluntariamente su participación varía según el tipo de cobertura nueva que elija. La Sección 3 le informa *cómo* finalizar su participación en cada situación.
- También hay situaciones limitadas en que usted no decide finalizar la participación, sino que nosotros se lo exigimos. La Sección 5 le informa sobre las situaciones en que debemos finalizar su participación.

Si abandona nuestro plan, debe continuar recibiendo su atención médica a través de nuestro plan hasta la finalización de la participación.

SECCIÓN 2 ¿Cuándo puede finalizar su participación en nuestro plan?

Puede finalizar su participación en nuestro plan solo en determinados momentos del año, que se conocen como períodos de inscripción. Todos los asegurados tienen la oportunidad de abandonar el plan durante el Período de Inscripción Anual y durante el Período de Inscripción Abierta de Medicare Advantage. En determinados casos, también puede ser elegible para abandonar el plan en otros momentos del año.

Sección 2.1 Usted puede finalizar su participación porque tiene Medicare y Medicaid

La mayoría de las personas con Medicare pueden finalizar su participación solo durante determinados momentos del año. Como usted tiene Medicaid, puede finalizar su participación en nuestro plan o cambiarse a un plan diferente una sola vez durante cada uno de los siguientes Períodos de Inscripción Especial:

- De enero a marzo
- De abril a junio

Capítulo 10. Finalización de su participación en el plan

- De julio a septiembre

Si se unió a nuestro plan durante uno de estos períodos, tendrá que esperar hasta el próximo período para finalizar su participación o cambiar a un plan diferente. Usted no puede usar este Período de Inscripción Especial para finalizar su participación en nuestro plan entre octubre y diciembre. Sin embargo, todas las personas con Medicare pueden hacer cambios del 15 de octubre al 7 de diciembre durante el Período de Inscripción Anual. La Sección 2.2 le brinda más información sobre el Período de Inscripción Anual.

- **¿A qué tipo de plan puede cambiarse?** Si decide cambiarse a un plan nuevo, puede elegir uno de los siguientes tipos de planes de Medicare:
 - Otro plan de salud de Medicare. (Puede elegir un plan que cubra medicamentos con receta o uno que no los cubra).
 - Original Medicare *con* un plan de medicamentos con receta de Medicare por separado.
 - Si cambia a Original Medicare y no se inscribe en un plan de medicamentos con receta de Medicare por separado, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos a menos que usted haya optado por excluirse de la inscripción automática.

Nota: Si cancela su inscripción en la cobertura de medicamentos con receta de Medicare y se encuentra sin cobertura “válida” para medicamentos con receta durante un plazo de 63 días o más, es posible que deba pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare más adelante. (Cobertura “válida” significa que se espera que la cobertura pague, en promedio, al menos lo mismo que la cobertura estándar de medicamentos con receta de Medicare).

Comuníquese con la oficina estatal de Medicaid para obtener información sobre las opciones de planes de Medicaid (los números de teléfono se encuentran en la Sección 6 del Capítulo 2 de este manual).

- **¿Cuándo finalizará su participación?** Su participación finalizará en general el primer día del mes posterior a la recepción de su solicitud de cambio de plan. La inscripción en su plan nuevo también comenzará ese día.

Sección 2.2	Usted puede finalizar su participación durante el Período de Inscripción Anual
--------------------	---

Usted puede finalizar su participación durante el Período de Inscripción Anual (también conocido como “Período de Inscripción Abierta Anual”). Este es el momento en que usted debería revisar su cobertura de salud y medicamentos y tomar decisiones sobre su cobertura para el año entrante.

- **¿Cuándo es el Período de Inscripción Anual?** Este ocurre del 15 de octubre al 7 de diciembre.
- **¿A qué tipo de plan puede cambiar durante el Período de Inscripción Anual?** Usted puede elegir mantener su cobertura actual o realizar cambios a su cobertura

Capítulo 10. Finalización de su participación en el plan

para el año entrante. Si decide cambiarse a un nuevo plan, puede elegir uno de los siguientes tipos de planes:

- Otro plan de salud de Medicare. (Puede elegir un plan que cubra medicamentos con receta o uno que no los cubra).
- Original Medicare *con* un plan de medicamentos con receta de Medicare por separado.
- *o bien* – Original Medicare *sin* un plan de medicamentos con receta de Medicare por separado.

Si recibe “Ayuda Adicional” por parte de Medicare para el pago de sus medicamentos con receta: Si cambia a Original Medicare y no se inscribe en un plan de medicamentos con receta de Medicare por separado, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos a menos que usted haya optado por excluirse de la inscripción automática.

Nota: Si cancela su inscripción en la cobertura de medicamentos con receta de Medicare y se encuentra sin cobertura válida para medicamentos con receta, es posible que deba pagar una multa por inscripción tardía en la Parte D si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare más adelante. (Cobertura “válida” significa que la cobertura debe pagar, en promedio, al menos lo mismo que la cobertura estándar de medicamentos con receta de Medicare). Consulte la Sección 5 del Capítulo 1 para obtener más información sobre la multa por inscripción tardía.

- **¿Cuándo finalizará su participación?** Su participación finalizará cuando la cobertura de su nuevo plan comience el 1.º de enero.

Sección 2.3 Usted puede finalizar su participación durante el Período de Inscripción Abierta de Medicare Advantage

Usted tiene la oportunidad de realizar *un* cambio en su cobertura de salud durante el **Período de Inscripción Abierta de Medicare Advantage**.

- **¿Cuándo es el Período de Inscripción Abierta anual de Medicare Advantage?** Este ocurre todos los años desde el 1.º de enero hasta el 31 de marzo.
- **¿A qué tipo de plan puede cambiar durante el Período de Inscripción Abierta anual de Medicare Advantage?** Durante este tiempo, puede:
 - Cambiar a otro plan Medicare Advantage. (Puede elegir un plan que cubra medicamentos con receta o uno que no los cubra).
 - Cancelar la inscripción de nuestro plan y obtener cobertura a través de Original Medicare. Si usted elige cambiar a Original Medicare durante este período, tiene hasta el 31 de marzo para unirse a un plan de medicamentos con receta de Medicare por separado para agregar cobertura de medicamentos.
- **¿Cuándo finalizará su participación?** Su participación finalizará el primer día del mes posterior a su inscripción en otro plan Medicare Advantage o la recepción de su solicitud para cambiar a Original Medicare. Si también elige inscribirse en un plan de medicamentos con receta de Medicare, su participación en el plan de medicamentos

Capítulo 10. Finalización de su participación en el plan

comenzará el primer día del mes posterior a la recepción de su solicitud de inscripción por parte del plan de medicamentos.

Sección 2.4 En determinados casos, usted puede finalizar su participación durante un Período de Inscripción Especial

En determinados casos, usted puede ser elegible para finalizar su participación en otros momentos del año. Esto se conoce como un **Período de Inscripción Especial**.

- **¿Quién es elegible para un Período de Inscripción Especial?** Si cualquiera de las siguientes situaciones se aplica a usted, usted puede ser elegible para finalizar su participación durante un Período de Inscripción Especial. Estos son solo ejemplos; para obtener la lista completa, puede ponerse en contacto con el plan, llamar a Medicare o visitar el sitio web de Medicare (<https://www.medicare.gov>):
 - Por lo general, cuando se muda.
 - Si usted tiene Medicaid de Nueva York.
 - Si usted es elegible para recibir “Ayuda Adicional” para el pago de sus recetas de Medicare.
 - Si violamos el contrato que celebramos con usted.
 - Si recibe atención en una institución, tal como un hogar de atención médica especializada o un hospital de atención a largo plazo (LTC).
 - : Si se inscribe en el Programa de Atención Integral para Personas de la Tercera Edad (Program of All-inclusive Care for the Elderly, PACE).
 - **Nota:** Si participa en un programa de administración de medicamentos, es posible que no pueda cambiar de plan. La Sección 10 del Capítulo 5 le brinda más información sobre los programas de administración de medicamentos.

Nota: La Sección 2.1 le brinda más información sobre el período de inscripción especial para las personas con Medicaid.

- **¿Cuándo son los Períodos de Inscripción Especial?** Los períodos de inscripción varían según su situación.
- **¿Qué puede hacer?** Para averiguar si es elegible para un Período de Inscripción Especial, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Si usted es elegible para dar por finalizada su participación debido a una situación especial, puede elegir cambiar su cobertura de salud de Medicare y su cobertura de medicamentos con receta. Esto significa que puede elegir cualquiera de los siguientes tipos de planes:
 - Otro plan de salud de Medicare. (Puede elegir un plan que cubra medicamentos con receta o uno que no los cubra).
 - Original Medicare *con* un plan de medicamentos con receta de Medicare por separado.
 - – *o bien* – Original Medicare *sin* un plan de medicamentos con receta de Medicare por separado.

Si recibe “Ayuda Adicional” por parte de Medicare para el pago de sus medicamentos con receta: Si cambia a Original Medicare y no se

Capítulo 10. Finalización de su participación en el plan

inscribe en un plan de medicamentos con receta de Medicare por separado, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos a menos que usted haya optado por excluirse de la inscripción automática.

Nota: Si cancela su inscripción en la cobertura de medicamentos con receta de Medicare y se encuentra sin cobertura válida para medicamentos con receta durante un plazo de 63 días o más, es posible que deba pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare más adelante. (Cobertura “válida” significa que la cobertura debe pagar, en promedio, al menos lo mismo que la cobertura estándar de medicamentos con receta de Medicare). Consulte la Sección 5 del Capítulo 1 para obtener más información sobre la multa por inscripción tardía.

- **¿Cuándo finalizará su participación?** Su participación finalizará en general el primer día del mes posterior a la recepción de su solicitud de cambio de plan.

Nota: La Sección 2.1 y la Sección 2.2 le brindan más información sobre el período de inscripción especial para las personas con Medicaid y Ayuda Adicional.

Sección 2.5	¿Dónde puede obtener más información sobre cuándo finalizar su participación?
--------------------	--

Si tiene preguntas o desea más información sobre cuándo puede finalizar su participación:

- También **puede llamar al Servicio al Cliente** (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este manual).
- Puede encontrar la información en el manual *Medicare y Usted 2020*.
 - Todas aquellas personas inscritas en Medicare reciben una copia de *Medicare y Usted* en otoño. Aquellas personas que recién se inscribieron en Medicare la reciben dentro del mes posterior a la primera inscripción.
 - También puede descargar una copia del sitio web de Medicare (<https://www.medicare.gov>). O bien puede solicitar una copia impresa, por teléfono, al número de Medicare que aparece a continuación.
- Puede comunicarse con **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 3 **¿Cómo puede finalizar su participación en nuestro plan?**

Sección 3.1	En general, finaliza su participación al inscribirse en otro plan
--------------------	--

Por lo general, para finalizar su participación en nuestro plan, simplemente debe inscribirse en otro plan de Medicare. No obstante, si desea cambiarse de nuestro plan a Original Medicare pero no ha seleccionado un plan de medicamentos con receta de Medicare por separado, debe pedir la

Capítulo 10. Finalización de su participación en el plan

cancelación de la inscripción de nuestro plan. Hay dos maneras de pedir la cancelación de su inscripción:

- Puede enviarnos una solicitud por escrito. Comuníquese con el Servicio al Cliente si necesita obtener más información sobre cómo debe hacer este trámite (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este manual).
- --o bien-- Puede comunicarse con Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

La tabla a continuación explica cómo debe finalizar su participación en nuestro plan.

Si desea cambiar de nuestro plan a:	Esto es lo que debe hacer:
<ul style="list-style-type: none"> • Otro plan de salud de Medicare. 	<ul style="list-style-type: none"> • Inscribirse en el nuevo plan de salud de Medicare. Su cobertura nueva comenzará el primer día del próximo mes. Su inscripción en <i>RiverSpring MAP (HMO D-SNP)</i> se cancelará automáticamente cuando la cobertura de su nuevo plan comience.
<ul style="list-style-type: none"> • Original Medicare <i>con</i> un plan de medicamentos con receta de Medicare por separado. 	<ul style="list-style-type: none"> • Inscribirse en el nuevo plan de medicamentos con receta de Medicare. Su cobertura nueva comenzará el primer día del próximo mes. Su inscripción en <i>RiverSpring MAP (HMO D-SNP)</i> se cancelará automáticamente cuando la cobertura de su nuevo plan comience.

Capítulo 10. Finalización de su participación en el plan

Si desea cambiar de nuestro plan a:	Esto es lo que debe hacer:
<ul style="list-style-type: none"> • Original Medicare <i>sin</i> un plan de medicamentos con receta de Medicare por separado. <ul style="list-style-type: none"> ○ Si cambia a Original Medicare y no se inscribe en un plan de medicamentos con receta de Medicare por separado, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos a menos que usted haya optado por excluirse de la inscripción automática. ○ Si cancela su inscripción en la cobertura de medicamentos con receta de Medicare, y se encuentra sin cobertura válida para medicamentos con receta, es posible que deba pagar una multa por inscripción tardía si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare más adelante. 	<ul style="list-style-type: none"> • Enviarnos una solicitud por escrito para cancelar su inscripción. Comuníquese con el Servicio al Cliente si necesita obtener más información sobre cómo debe hacer este trámite (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este manual). • También puede comunicarse con Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, y solicitar la cancelación de su inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. • Se cancelará su inscripción en <i>RiverSpring MAP (HMO D-SNP)</i> cuando comience su cobertura en Original Medicare.

Para realizar preguntas sobre sus beneficios de *Medicaid del Departamento de Salud del Estado de Nueva York*, comuníquese con *New York State Medicaid Choice* al 1-800-505-5678 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), de lunes a viernes, de 7:00 a. m. a 7:00 p. m. Averigüe cómo afiliarse a otro plan o regresar a Original Medicare afecta la manera en que obtiene su cobertura de *Medicaid del Estado de Nueva York*.

SECCIÓN 4 Hasta la finalización de su participación, tiene que seguir recibiendo sus servicios médicos y medicamentos a través de nuestro plan

Sección 4.1	Hasta la finalización de su participación, sigue siendo asegurado de nuestro plan
--------------------	--

Si abandona *RiverSpring MAP (HMO D-SNP)*, la finalización de su participación en el plan y la entrada en vigencia de su nueva cobertura de Medicare y Medicaid pueden demorar un tiempo. (Consulte la Sección 2 para obtener información sobre cuándo comienza su nueva cobertura). Durante este tiempo, tiene que seguir recibiendo su atención médica y medicamentos con receta a través de nuestro plan.

- **Debe seguir utilizando las farmacias que forman parte de nuestra red para surtir sus medicamentos con receta hasta finalizar su participación en nuestro plan.** En

Capítulo 10. Finalización de su participación en el plan

general solo están cubiertos sus medicamentos con receta si se surten en una farmacia de la red a través de nuestros servicios de farmacias que brindan pedidos por correo.

- **Si, el día en que finaliza su participación, se encuentra hospitalizado, su hospitalización en general estará cubierta por el plan hasta el alta** (incluso si le dan el alta después del inicio de la nueva cobertura médica).

SECCIÓN 5 *RiverSpring MAP (HMO D-SNP)* debe finalizar su participación en el plan en ciertas situaciones

Sección 5.1 ¿Cuándo tenemos que finalizar su participación en el plan?

***RiverSpring MAP (HMO D-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 ya no es elegible para Medicaid. Como se indicó en la Sección 2.1 del Capítulo 1, nuestro plan es para personas que son elegibles para Medicare y Medicaid.
 - Si usted ya no califica para Medicaid, le notificaremos por escrito su cancelación de la inscripción debido a la pérdida de Medicaid. Continuará siendo elegible para *RiverSpring MAP (HMO D-SNP)* durante un período de 90 días calendario (desde la fecha en que dejó de calificar para Medicaid). Si no ha restablecido su cobertura de Medicaid al final de los 90 días, cancelaremos su inscripción en *RiverSpring MAP (HMO D-SNP)*.
- Si se muda fuera de nuestra área de servicio.
- Si permanece fuera de nuestra área de servicio durante más de seis meses.
 - Debemos iniciar una cancelación de inscripción de Medicaid si se ausenta del área de servicio durante más de 30 días consecutivos.
 - Si se muda o realiza un viaje largo, debe llamar al Servicio al Cliente para saber si el lugar al cual viajará o se mudará se encuentra en el área de nuestro plan. (Los números de teléfono del Servicio al Cliente aparecen en la contraportada de este manual).
- Si ingresa en la cárcel (va a prisión).
- Si no es ciudadano de los Estados Unidos o no se encuentra legalmente en los Estados Unidos.
- Si tiene que pagar el monto adicional de la Parte D debido a sus ingresos y no lo hace, Medicare cancelará su inscripción en nuestro plan.
- Si se determina que usted ya no es elegible para un nivel de atención médica especializada en el hogar.

RiverSpring MAP (HMO D-SNP) puede finalizar su participación en el plan si se presenta una de las siguientes situaciones:

- Si usted no paga su gasto médico, si corresponde.

Capítulo 10. Finalización de su participación en el plan

- Si nos brinda intencionalmente información incorrecta cuando se inscribe en nuestro plan y esa información afecta su elegibilidad para nuestro plan. (No podemos cancelar su inscripción en nuestro plan por este motivo, a menos que recibamos permiso primero de Medicare).
- Si miente u omite información sobre otro seguro en el que esté inscrito y que brinde cobertura de medicamentos con receta.
- Si tiene un continuo comportamiento perturbador que dificulta que podamos brindarle atención médica a usted y a otros asegurados de nuestro plan. (No podemos cancelar su inscripción en nuestro plan por este motivo, a menos que recibamos permiso primero de Medicare).
- Si permite que otra persona use su tarjeta de asegurado para recibir atención médica. (No podemos cancelar su inscripción en nuestro plan por este motivo, a menos que recibamos permiso primero de Medicare).
 - Si finalizamos su participación por este motivo, Medicare puede ordenar que el Inspector General investigue su caso.

¿Dónde puede encontrar más información?

Si tiene preguntas o desea más información sobre cuándo podemos finalizar su participación:

- Puede llamar al **Servicio al Cliente** para obtener más información (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este manual).

Sección 5.2	Nosotros <u>no podemos</u> obligarlo a abandonar el plan por un motivo relacionado con su salud
--------------------	--

RiverSpring MAP (HMO D-SNP) no tiene permitido pedirle que abandone nuestro plan por ningún motivo relacionado con su salud.

¿Qué debo hacer si sucede esto?

Si cree que lo obligan a abandonar nuestro plan por un motivo relacionado con su salud, debe llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Sección 5.3	Tiene derecho a presentar una queja si finalizamos su participación en nuestro plan
--------------------	--

Si finalizamos su participación en nuestro plan, tenemos que informarle nuestros motivos por escrito. También tenemos que explicar cómo puede presentar una queja formal o una queja sobre nuestra decisión de finalizar su participación. También puede leer la Sección 11 del Capítulo 9 para obtener información sobre cómo presentar una queja.

CAPÍTULO 11

Avisos legales

Capítulo 11. Avisos legales

Capítulo 11. Avisos legales

SECCIÓN 1	Aviso sobre ley vigente.....	243
SECCIÓN 2	Aviso sobre la no discriminación.....	243
SECCIÓN 3	Aviso sobre derechos de subrogación del pagador secundario de Medicare	243
SECCIÓN 4	Notificación acerca de la imposibilidad de cesión	244

Capítulo 11. Avisos legales

SECCIÓN 1 Aviso sobre ley vigente

Hay muchas leyes aplicables a esta *Evidencia de Cobertura* y pueden aplicarse algunas disposiciones adicionales exigidas por ley. Esto puede afectar sus derechos y responsabilidades incluso si las leyes no están incluidas o explicadas en este documento. La ley principal que se aplica a este documento es el Título XVIII de la Ley de Seguro Social y normativa creada conforme a la Ley de Seguro Social por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid o CMS. Además, pueden aplicarse otras leyes federales, y, en ciertas circunstancias, las leyes del estado en el cual reside.

SECCIÓN 2 Aviso sobre la no discriminación

Nuestro plan cumple con leyes que lo protegen contra la discriminación o tratamiento desigual. **No discriminamos** a las personas según raza, etnia, nacionalidad, color, religión, sexo, género, edad, discapacidad física o mental, estado de salud, experiencia sobre presentación de reclamaciones, historial clínico, información genética, evidencia de asegurabilidad o ubicación geográfica dentro del área de servicios. Todas las organizaciones que brinden planes Medicare Advantage, como nuestro plan, deben obedecer las leyes federales contra la discriminación, incluido el Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964, la Ley de Rehabilitación de 1973, la Ley de Discriminación por Edad de 1975, la Ley de Estadounidenses con Discapacidades, la Sección 1557 de la Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio y todas las otras leyes aplicables a organizaciones que reciban fondos federales, y otras leyes y normas aplicables por cualquier otro motivo.

Si desea obtener más información o tiene dudas sobre discriminación o tratamiento desigual, llame a la **Oficina de Derechos Civiles** del Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1-800-368-1019 (TTY 1-800-537-7697) o a su Oficina de Derechos Civiles local.

Si tiene alguna discapacidad y necesita ayuda para acceder a atención, comuníquese con nosotros al Servicio al Cliente (los números de teléfono se encuentran impresos en la contraportada de este manual). Si tiene una queja, como por ejemplo, un problema para acceder a una silla de ruedas, el Servicio al Cliente puede ayudar.

SECCIÓN 3 Aviso sobre derechos de subrogación del pagador secundario de Medicare

Tenemos el derecho y la responsabilidad de cobrar los servicios cubiertos por Medicare para los cuales Medicare no es el pagador primario. Conforme con la normativa de los CMS en los artículos 422.108 y 423.462 del Título 42 del Código de Reglamentaciones Federales (Code of Federal Regulations, CFR), *RiverSpring MAP (HMO D-SNP)*, como organización de Medicare Advantage, ejercerá los mismos derechos de recuperación que ejerce la Secretaría conforme con la normativa de los CMS en las subpartes B a D de la parte 411 del Título 42 del CFR, y las reglas establecidas en esta sección sustituyen cualquier legislación estatal.

Capítulo 11. Avisos legales

SECCIÓN 4 Notificación acerca de la imposibilidad de cesión

De conformidad con este contrato, usted no puede ceder ningún beneficio o pago a ninguna otra persona, corporación, hospital u otra organización. Toda cesión que realice se considerará nula. Cesión significa la transferencia a otra persona u organización de su derecho de cobrarle dinero a RiverSpring MAP por esos servicios.

CAPÍTULO 12

Definiciones de palabras importantes

Capítulo 12. Definiciones de palabras importantes**Capítulo 12. Definiciones de palabras importantes**

Centro quirúrgico para pacientes ambulatorios: Un centro quirúrgico para pacientes ambulatorios es una entidad que opera exclusivamente con el fin de brindar servicios quirúrgicos para pacientes ambulatorios que no necesiten hospitalización y cuya estadía prevista en el centro no supere las 24 horas.

Apelación: Es algo que usted presenta si no está de acuerdo con nuestra decisión de rechazo de solicitud de cobertura de servicios de atención médica o medicamentos con receta, o pago de servicios o medicamentos que ya recibió. También puede presentar una apelación si no está de acuerdo con nuestra decisión de interrumpir los servicios que recibe. Por ejemplo, puede solicitar una apelación si no pagamos un medicamento, artículo o servicio que usted considere que debe recibir. El Capítulo 9 explica las apelaciones, incluido el proceso para presentarlas.

Facturación de saldos adicionales: Cuando un proveedor (médico u hospital) le factura a un paciente un monto mayor que el monto de costo compartido permitido por el plan. Como asegurado de *RiverSpring MAP (HMO D-SNP)*, solo tiene que pagar el monto de costo compartido de nuestro plan cuando recibe servicios cubiertos por nuestro plan. No permitimos que los proveedores realicen una “facturación de saldos adicionales” o que le cobren de otro modo un monto del costo compartido superior al que su plan indica que debe pagar.

Período de beneficios: El modo en que nuestro plan y Original Medicare miden su uso de los servicios de centros de enfermería especializada (SNF) y hospitales. Un período de beneficios comienza el día en que ingresa al hospital o centro de enfermería especializada. El período de beneficios finaliza cuando no ha recibido atención hospitalaria para pacientes hospitalizados (o atención especializada en un SNF) durante 60 días consecutivos. Si acude a un hospital o a un centro de enfermería especializada luego de que finalizó un período de beneficios, comenzará un nuevo período de beneficios. No hay límite para la cantidad de períodos de beneficios.

Medicamento de marca: Un medicamento con receta que fabrica y vende la compañía farmacéutica que originalmente investigó y desarrolló el medicamento. Los medicamentos de marca tienen la misma fórmula de ingrediente activo que la versión genérica. Sin embargo, otros fabricantes del medicamento fabrican y venden los medicamentos genéricos, y en general no están disponibles hasta después del vencimiento de la patente del medicamento de marca.

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS): Agencia federal que administra Medicare. En el Capítulo 2, se explica cómo comunicarse con los CMS.

Coseguro: Monto que tal vez deba pagar como su parte del costo de los servicios o medicamentos con receta. En general, el coseguro es un porcentaje (por ejemplo, 20%).

Queja: El nombre formal para “presentación de una queja” es “presentación de una queja formal”. El proceso de quejas se usa para ciertos tipos de problemas *solamente*. Esto incluye problemas relacionados con calidad de atención, tiempos de espera y Servicio al Cliente que recibe. Consulte también “Queja formal” en esta lista de definiciones.

Capítulo 12. Definiciones de palabras importantes

Centro de Rehabilitación Integral para Pacientes Ambulatorios (CORF): Un centro que principalmente brinda servicios de rehabilitación después de una enfermedad o lesión, y que proporciona una variedad de servicios incluida la fisioterapia, los servicios sociales o psicológicos, la terapia respiratoria, terapia ocupacional y servicios de patología de habla y lenguaje y servicios de evaluación del entorno del hogar.

Copago: Monto que tal vez deba pagar como parte del costo de un servicio o suministro médico, como la visita al médico, la visita al hospital para pacientes ambulatorios o un medicamento con receta. El copago es un monto fijo, no un porcentaje. Por ejemplo, puede pagar \$10 o \$20 por la visita al médico o un medicamento con receta.

Costo compartido: El costo compartido se refiere al monto que debe pagar el asegurado cuando recibe servicios o medicamentos. El costo compartido incluye cualquier combinación de los tres tipos de pagos siguientes: (1) monto de deducible que pueda exigir un plan antes de cubrir los servicios o medicamentos; (2) todo monto fijo de “copago” que un plan exija cuando reciba un servicio o medicamento específico; o (3) todo monto de “coseguro”, porcentaje del monto total pagado por un servicio o medicamento, que el plan requiera cuando se recibe un medicamento o servicio específico. Una “tasa diaria de costo compartido” puede aplicarse cuando su médico le recete menos del suministro del mes completo de ciertos medicamentos para usted y usted deba pagar un copago.

Determinación de cobertura: Una decisión sobre si un medicamento que le recetaron está cubierto por el plan y el monto, si hubiera, que debe pagar por el medicamento con receta. En general, si lleva su receta médica a la farmacia y esta le dice que no está cubierto el medicamento con receta conforme a su plan, esa no constituye una determinación de cobertura. Debe llamar o escribirle a su plan y pedirle una decisión formal sobre la cobertura. En este manual, las determinaciones de cobertura se denominan “decisiones de cobertura”. En el Capítulo 9, se explica cómo pedirnos una decisión de cobertura.

Medicamentos cubiertos: Término que utilizamos para todos los medicamentos con receta cubiertos por nuestro plan.

Servicios cubiertos: El término general que usamos para todos los servicios y suministros de atención médica cubiertos por nuestro plan.

Cobertura válida para medicamentos con receta: Cobertura de medicamentos con receta (por ejemplo, de un empleador o sindicato) que pague, en promedio, al menos lo mismo que la cobertura estándar de medicamentos con receta de Medicare. Las personas que tienen este tipo de cobertura cuando son elegibles para Medicare pueden, en general, conservar esa cobertura sin pagar multa si deciden inscribirse más tarde en la cobertura de medicamentos con receta de Medicare.

Atención de custodia: La atención de custodia es atención personal suministrada en un hogar de atención médica especializada, centro para pacientes con enfermedades terminales u otro entorno de centro donde usted no necesite atención médica especializada o atención de enfermería especializada. La atención de custodia es atención personal que pueden brindar personas sin capacitación o habilidades profesionales, como ayuda para las actividades cotidianas como

Capítulo 12. Definiciones de palabras importantes

bañarse, vestirse, comer, sentarse, acostarse, levantarse de la cama, moverse y usar el baño. También puede incluir el tipo de atención relacionada con la salud que la mayoría de la gente hace sola, como colocarse gotas para los ojos. Medicare no paga la atención de custodia.

Tasa diaria de costo compartido: Una “tasa diaria de costo compartido” puede aplicarse cuando su médico le recete menos del suministro del mes completo de ciertos medicamentos para usted y usted deba pagar un copago. Una tasa diaria de costo compartido es el copago dividido por la cantidad de días del suministro de un mes. Por ejemplo: Si su copago por un suministro de un mes del medicamento es de \$30 y el suministro de un mes de su plan es de 30 días, su “tasa diaria de costo compartido” es de \$1 por día. Esto significa que usted paga \$1 por el suministro de cada día cuando surta su medicamento con receta.

Deducible: Monto que debe pagar por la atención médica o los medicamentos con receta antes de que nuestro plan comience a pagar.

Cancelar la inscripción o Cancelación de inscripción: El proceso para finalizar su participación en nuestro plan. La cancelación de la inscripción puede ser voluntaria (si es su elección) o involuntaria (si no es su elección).

Tarifa de despacho: Tarifa que se cobra cada vez que se despacha un medicamento cubierto para pagar el costo de surtir un medicamento con receta. La tarifa de despacho cubre los costos como el tiempo que tarda el farmacéutico en preparar y envasar el medicamento con receta.

Individuo con doble elegibilidad: Un individuo que califica para la cobertura de Medicare y Medicaid.

Equipo médico duradero (DME): Ciertos equipos médicos que ordena su médico por motivos médicos. Algunos ejemplos incluyen andadores, sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para la diabetes, bombas de infusión intravenosa (IV), dispositivos generadores de voz, equipos de oxígeno, nebulizadores o camas de hospital solicitadas por un proveedor para usar en el hogar.

Emergencia: Una emergencia médica se presenta cuando usted, o cualquier otra persona prudente con un conocimiento promedio sobre salud y medicina, creen que presenta síntomas médicos que requieren de atención médica inmediata para evitar la muerte, la pérdida de una extremidad o la pérdida de la función de una extremidad. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, lesión, un dolor intenso o problema de salud que empeora rápidamente.

Atención de emergencia: Servicios cubiertos que son: (1) suministrados por un proveedor elegible para brindar servicios de emergencia; y (2) necesarios para el tratamiento, la evaluación o la estabilización de un problema de salud de emergencia.

Evidencia de Cobertura (EOC) e Información de divulgación: Este documento, junto con su formulario de inscripción y otros adjuntos, cláusulas adicionales u otra cobertura opcional seleccionada, que explican su cobertura, lo que usted debe hacer, sus derechos y lo que tiene que hacer como asegurado de nuestro plan.

Capítulo 12. Definiciones de palabras importantes

Excepción: Un tipo de determinación de cobertura que, si se aprueba, le permite recibir un medicamento que no aparece en el formulario del patrocinador de su plan (una excepción de formulario) o recibir un medicamento no preferido a un nivel inferior de costo compartido (excepción de niveles). También puede solicitar una excepción si el patrocinador de su plan le exige probar otro medicamento antes de recibir el que usted solicita, o si el plan limita la cantidad o dosis del medicamento que solicita (excepción de formulario).

Ayuda Adicional: Un programa de Medicare para ayudar a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar costos del programa de medicamentos con receta de Medicare, como primas del plan de salud, deducibles y coseguro.

Medicamento genérico: Un medicamento con receta que está aprobado por la Administración de Medicamentos y Alimentos (FDA) y tiene el mismo ingrediente activo que el medicamento de marca. Por lo general, un medicamento “genérico” tiene la misma eficacia que un medicamento de marca y suele ser más económico.

Queja formal: Tipo de queja que presenta ante nosotros o una farmacia, incluida la queja sobre la calidad de su atención. Este tipo de queja no implica controversias de cobertura o pago.

Asistencia médica en el hogar: Brinda servicios que no necesitan de las habilidades de un terapeuta o enfermero matriculado, como la ayuda con el cuidado personal (por ejemplo, bañarse, usar el baño, vestirse o llevar a cabo los ejercicios recetados). La asistencia médica en el hogar no tiene matrícula de enfermería ni brinda terapia.

Atención para pacientes con enfermedades terminales: Un asegurado que tiene 6 meses de vida o menos tiene derecho a elegir un servicio de atención para pacientes con enfermedades terminales. Nosotros, su plan, debemos proporcionarle una lista de centros para pacientes con enfermedades terminales en su área geográfica. Si elige un centro para pacientes con enfermedades terminales y continúa pagando primas, continúa siendo asegurado de nuestro plan. Aún puede recibir todos los servicios médicamente necesarios además de todos los beneficios complementarios que ofrecemos. Este servicio le brindará un tratamiento especial para su estado.

Internación para pacientes hospitalizados: Internación en la cual se lo admite formalmente en el hospital para los servicios médicos especializados. Incluso si permanece una noche en el hospital, igualmente se lo puede considerar “paciente ambulatorio”.

Monto de ajuste mensual por ingresos (IRMAA): Si su ingreso bruto ajustado modificado como se informó en su declaración de impuestos del IRS de hace 2 años está por encima de un monto determinado, pagará la suma de la prima estándar y un Monto de ajuste mensual por ingresos, también conocido como IRMAA. IRMAA es un cargo adicional agregado a su prima. Menos del 5 % de las personas inscritas en Medicare se ven afectadas, así que la mayoría de las personas no paga una prima mayor.

Límite inicial de la cobertura: El límite máximo de cobertura conforme a la Etapa de cobertura inicial.

Capítulo 12. Definiciones de palabras importantes

Etapa de cobertura inicial: Es la etapa antes de que sus costos totales de medicamentos, incluidos los montos que pagó y lo que su plan pagó en su nombre para el año, alcancen el monto de \$4,020.

Período de Inscripción Inicial: Cuando sea elegible por primera vez para participar en Medicare, el período en el cual usted se inscribe para las Partes A y B de Medicare. Por ejemplo, si es elegible para Medicare cuando cumple 65 años, su Período de Inscripción Inicial es el período de 7 meses que comienza 3 meses antes del mes en que cumple 65 años, incluye el mes en que cumple 65 años y finaliza 3 meses después del mes en que cumple 65 años.

Plan de necesidades especiales institucional (Institutional Special Needs Plan, SNP): Un Plan de necesidades especiales que inscribe a personas que cumplan los requisitos y que residan en forma continua, o que se espere que residan en forma continua, durante 90 días o más en un centro de atención médica a largo plazo (LTC). Estos centros de LTC pueden incluir un centro de enfermería especializada (SNF), un centro de servicios de enfermería (nursing facility, NF), (SNF/NF), un centro de atención intermedia para personas con retraso mental (intermediate care facility for the mentally retarded, ICF/MR) o un centro psiquiátrico para pacientes hospitalizados. Un Plan de necesidades especiales institucional para residentes de centros de atención médica a largo plazo de Medicare debe tener acuerdo contractual con los centros específicos de LTC (o ser propietario de estos y operarlos).

Plan de necesidades especiales (SNP) institucional y equivalente: Un Plan de necesidades especiales institucional que inscribe a personas elegibles que viven en la comunidad pero que necesitan un nivel institucional de atención basado en la evaluación del Estado. Se hará la evaluación con el mismo recurso de evaluación de nivel de atención del Estado respectivo y una entidad que no sea la organización que ofrece el plan estará a cargo de administrarla. Este tipo de Plan de necesidades especiales puede restringir la inscripción a personas que residan en un centro de servicios de vida asistida (assisted living facility, ALF) contratado si es necesario, para garantizar un suministro uniforme de atención especializada.

Lista de medicamentos cubiertos (Formulario o “Lista de medicamentos”): Lista de medicamentos con receta cubiertos por el plan. El plan selecciona los medicamentos de esta lista con la ayuda de médicos y farmacéuticos. La lista incluye tanto los medicamentos de marca como los genéricos.

Subsidio por ingresos bajos (LIS): Consulte “Ayuda Adicional”.

Monto máximo de bolsillo: El monto máximo que usted paga como gasto de bolsillo durante el año calendario para los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. Los montos que paga por las primas del plan, por las primas de la Parte A y la Parte B de Medicare y por los medicamentos con receta no se contemplan para el monto máximo de bolsillo. (Nota: Debido a que nuestros asegurados también reciben asistencia de Medicaid, muy pocos asegurados alcanzan este monto máximo de bolsillo). Consulte la Sección 1.2 del Capítulo 4 para obtener más información sobre su monto máximo de bolsillo.

Medicaid (o Asistencia médica): Es un programa conjunto del gobierno federal y estatal que brinda ayuda con los costos médicos a personas con ingresos y recursos limitados. Los

Capítulo 12. Definiciones de palabras importantes

programas de Medicaid varían entre los distintos estados, pero la mayoría de los costos de atención médica están cubiertos si califica para Medicare y Medicaid. Consulte la Sección 6 del Capítulo 2 para obtener información sobre cómo comunicarse con Medicaid en su estado.

Indicación médicamente aceptada: Un uso del medicamento que está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos, o respaldada por ciertos libros de consulta. Consulte la Sección 3 del Capítulo 5 para obtener más información acerca de una indicación médicamente aceptada.

Médicamente necesario: Servicios, suministros o medicamentos que son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su problema de salud y que cumplen con los estándares aceptados de la práctica médica.

Medicare: Es el programa federal de seguro médico destinado a personas mayores de 65 años de edad, determinadas personas menores de 65 años con discapacidades y personas que padecen enfermedad renal en etapa terminal (en general, con insuficiencia renal permanente que requiere diálisis o trasplante de riñón). Las personas inscritas en Medicare pueden recibir su cobertura médica de Medicare a través de Original Medicare, un plan PACE o un plan Medicare Advantage.

Plan Medicare Advantage (MA): A veces se denomina Parte C de Medicare y es un plan que ofrece una compañía privada que tiene contrato con Medicare para brindarle todos sus beneficios de las Partes A y B de Medicare. Un plan Medicare Advantage puede ser un plan HMO, un plan PPO, un plan privado de pago por servicios (Private Fee-for-Service, PFFS) o una cuenta de ahorros para gastos médicos Medical Savings Account (MSA) de Medicare. Cuando se inscribe en un plan Medicare Advantage, los servicios de Medicare están cubiertos a través del plan, y no se pagan conforme a Original Medicare. En la mayoría de los casos, los planes Medicare Advantage también ofrecen la Parte D de Medicare (cobertura de medicamentos con receta). Estos planes se denominan **Planes Medicare Advantage con cobertura de medicamentos con receta**. Quien tenga los beneficios de las Partes A y B de Medicare será elegible para afiliarse a cualquier plan de salud de Medicare que se ofrezca en su área, excepto las personas con enfermedad renal en etapa terminal (a menos que se apliquen ciertas excepciones).

Programa de Descuentos durante la Interrupción en la Cobertura de Medicare: Programa que brinda descuentos en la mayoría de los medicamentos de marca cubiertos de la Parte D a asegurados de la Parte D que hayan llegado a la Etapa de lapso en la cobertura y que ya no estén recibiendo “Ayuda Adicional”. Los descuentos se basan en acuerdos entre el gobierno federal y ciertos fabricantes de medicamentos. Por este motivo, la mayoría de los medicamentos de marca tienen descuento, pero no todos.

Servicios cubiertos por Medicare: Servicios cubiertos por las Partes A y B de Medicare. Todos los planes de salud de Medicare, incluido nuestro plan, tienen que cubrir todos los servicios cubiertos por las Partes A y B de Medicare.

Plan de salud de Medicare: Plan de salud de Medicare ofrecido por una compañía privada con contrato con Medicare para brindar beneficios de la Parte A y la Parte B a personas con Medicare inscritas en el plan. Este término incluye todos los planes Medicare Advantage, los

Capítulo 12. Definiciones de palabras importantes

planes de costos de Medicare, los Programas de Demostración/Programas Piloto, y los Programas de Atención Integral para Personas de la Tercera Edad (PACE).

Cobertura de medicamentos con receta de Medicare (Parte D de Medicare): Seguro para ayudar a pagar los medicamentos con receta para pacientes ambulatorios, vacunas, productos biológicos y algunos suministros no cubiertos por las Partes A o B de Medicare.

Póliza “Medigap” (Seguro suplementario de Medicare): Seguro suplementario de Medicare que venden compañías de seguro privadas para cubrir las “interrupciones” (gaps) en Original Medicare. Las pólizas Medigap solo funcionan con Original Medicare. (Un plan Medicare Advantage no es una póliza Medigap).

Asegurado (Asegurado de nuestro plan o “Asegurado del plan”): Una persona con Medicare que es elegible para recibir servicios cubiertos por el plan, que está inscrita en nuestro plan y cuya inscripción está confirmada por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS).

Servicio al Cliente: Un departamento de nuestro plan responsable de responder sus preguntas sobre la participación, los beneficios, las quejas formales y las apelaciones. Consulte el Capítulo 2 para obtener información sobre cómo comunicarse con Servicio al Cliente.

Farmacia de la red: Una farmacia de la red es donde los asegurados de nuestro plan pueden obtener beneficios de medicamentos con receta. Las llamamos “farmacias de la red” porque tienen contrato con nuestro plan. En la mayoría de los casos, sus recetas están cubiertas únicamente si se surten en una de nuestras farmacias de la red.

Proveedor de la red: “Proveedor” es el término general que usamos para médicos, otros profesionales de atención médica, hospitales, y otros centros de atención médica con licencia o certificación de Medicare, y del Estado, para brindar servicios de atención médica. Los llamamos “**proveedores de la red**” cuando tienen un acuerdo con nuestro plan para aceptar nuestro pago como pago total, y en algunos casos, para coordinar y también brindar servicios cubiertos por el plan a los asegurados de nuestro plan. Nuestro plan les paga a los proveedores de la red sobre la base de los acuerdos que tiene con los proveedores, o si los proveedores aceptan brindarle servicios cubiertos por el plan. Los proveedores de la red también se pueden denominar “proveedores del plan”.

Determinación de organización: El plan Medicare Advantage toma una determinación de organización cuando toma una decisión sobre si están cubiertos artículos o servicios o el monto que usted debe pagar por los servicios o artículos cubiertos. En este manual, las determinaciones de organización se denominan “decisiones de cobertura”. En el Capítulo 9, se explica cómo pedirnos una decisión de cobertura.

Original Medicare (“Medicare Tradicional” o Medicare “Cargo por Servicio”): Original Medicare es ofrecido por el gobierno, no por un plan de salud privado, como los planes Medicare Advantage y los planes de medicamentos con receta. Conforme a Original Medicare, los servicios de Medicare se cubren mediante el pago a médicos, hospitales u otros proveedores de atención médica, de montos establecidos por el Congreso. Puede acudir a cualquier médico, hospital u otro proveedor de atención médica que acepte Medicare. Debe pagar el deducible.

Capítulo 12. Definiciones de palabras importantes

Medicare paga su parte del monto aprobado por Medicare y usted paga su parte. Original Medicare tiene dos partes: La Parte A (Seguro hospitalario) y la Parte B (Seguro médico) y está disponible en cualquier lugar de los Estados Unidos.

Farmacia que no forma parte de la red: Farmacia que no tiene contrato con nuestro plan para coordinar o proporcionar medicamentos cubiertos a asegurados de nuestro plan. Como se explicó en esta Evidencia de Cobertura, la mayoría de los medicamentos que recibe de farmacias que no forman parte de la red no están cubiertos por nuestro plan, a menos que se apliquen ciertas condiciones.

Proveedor o centro que no forman parte de la red: Un proveedor o centro con los cuales no tenemos un acuerdo para coordinar o brindar servicios cubiertos por el plan a los asegurados de nuestro plan. Los proveedores que no forman parte de la red son aquellos que no son empleados del plan, ni el plan es su propietario ni el plan los opera, y no tienen contrato para suministrarle a usted servicios cubiertos. El uso de centros o proveedores que no forman parte de la red se explica en este manual en el Capítulo 3.

Gastos de bolsillo: Consulte la definición de “costo compartido” anterior. El requisito de costo compartido de un asegurado de pagar una parte de los servicios o medicamentos recibidos también se denomina requisito de gasto “de bolsillo” del asegurado.

Parte C: Consulte “Plan Medicare Advantage (MA)”.

Parte D: El Programa de Beneficios de Medicamentos con Receta de Medicare voluntario. (Para fácil referencia, denominaremos al programa de beneficios de medicamentos con receta como Parte D).

Medicamentos de la Parte D: Medicamentos que pueden estar cubiertos bajo la Parte D. Podemos o no ofrecer todos los medicamentos de la Parte D. (Consulte el formulario para ver la lista específica de medicamentos cubiertos). El Congreso excluyó ciertas categorías de medicamentos específicamente de la cobertura como medicamentos de la Parte D.

Multa por inscripción tardía de la Parte D: Monto agregado a su prima mensual para la cobertura de medicamentos de Medicare si no tiene cobertura válida (cobertura que se espera que pague, en promedio, al menos lo mismo que la cobertura estándar de medicamentos con receta de Medicare) por un plazo de 63 días consecutivos o más. Usted paga este monto mayor mientras tenga un plan de medicamentos de Medicare. Existen algunas excepciones. Por ejemplo, si recibe “Ayuda Adicional” por parte de Medicare para el pago de sus costos del plan de medicamentos con receta, no pagaremos una multa por inscripción tardía.

Si perdiera su subsidio por bajos ingresos (“Ayuda Adicional”), quedaría sujeto a la multa por inscripción tardía mensual de la Parte D si alguna vez ha estado sin cobertura válida de medicamentos con receta durante 63 días o más.

Plan de Organización de Proveedores Preferidos (Preferred Provider Organization, PPO): Un plan de Organización de Proveedores Preferidos es un plan Medicare Advantage con una red de proveedores contratados que aceptaron atender a asegurados del plan a cambio de un pago de

Capítulo 12. Definiciones de palabras importantes

monto específico. Un plan PPO tiene que cubrir todos los beneficios del plan ya sea si se reciben de proveedores que forman o no parte de la red. El costo compartido del asegurado en general será mayor cuando los beneficios del plan se reciban de proveedores que no formen parte de la red. Los planes PPO tienen un límite anual sobre su gasto de bolsillo por los servicios recibidos de proveedores que forman parte de la red (participantes) y un límite mayor sobre su gasto de bolsillo total combinado por los servicios de proveedores que forman parte de la red (participantes) y que no forman parte de la red (que no participan).

Prima: Pago periódico a Medicare, a una compañía de seguro o a un plan de atención médica por la cobertura médica o de medicamentos con receta.

Proveedor de atención primaria (Primary Care Provider, PCP): Su proveedor de atención primaria es el médico u otro proveedor a quien usted consulta primero para la mayoría de los padecimientos de salud. Este profesional se asegura de que usted reciba la atención que necesita para mantenerse saludable. También puede hablar con otros médicos y proveedores de atención médica sobre su atención, y puede derivarlos a ellos. En muchos planes de salud de Medicare, debe consultar a su proveedor de atención primaria antes de consultar a cualquier otro proveedor de atención médica. Consulte la Sección 2.1 del Capítulo 3 para obtener información sobre los proveedores de atención primaria.

Autorización previa: Aprobación previa para recibir servicios o ciertos medicamentos que pueden o no aparecer en nuestro formulario. Algunos servicios médicos dentro de la red están cubiertos solo si su médico u otro proveedor que forma parte de la red recibe “autorización previa” de nuestro plan. Los servicios cubiertos que necesiten autorización previa aparecen marcados en el Cuadro de beneficios del Capítulo 4. Algunos medicamentos solo están cubiertos si su médico u otro proveedor que forma parte de la red reciben nuestra “autorización previa”. Los medicamentos cubiertos que necesitan autorización previa están marcados en el formulario.

Prótesis y ortótica: Equipos médicos que ordena su médico u otro proveedor de atención médica. Los artículos cubiertos incluyen, entre otros, aparatos para brazo, espalda y cuello; extremidades artificiales; ojos artificiales; y equipos necesarios para remplazar una parte o función del cuerpo, incluidos los suministros de ostomía y terapia de nutrición enteral y parenteral.

Organización para la Mejora de la Calidad (Quality Improvement Organization, QIO): Grupo de médicos practicantes y otros expertos en atención médica a quienes el gobierno federal les paga para verificar y mejorar la atención suministrada a pacientes de Medicare. Consulte la Sección 4 del Capítulo 2 para obtener información sobre cómo comunicarse con la QIO en su estado.

Límites que rigen la cantidad: Recurso administrativo diseñado para limitar el uso de medicamentos seleccionados por motivos de calidad, seguridad o uso. Los límites pueden ser sobre la cantidad del medicamento que cubrimos por receta médica o por un período definido.

Servicios de rehabilitación: Estos servicios incluyen fisioterapia, terapia de lenguaje y habla y terapia ocupacional.

Capítulo 12. Definiciones de palabras importantes

Área de servicio: Área geográfica donde un plan de salud acepta a asegurados si limita la participación según el lugar donde viven las personas. Para los planes que limitan los médicos y hospitales a los que puede acudir, también es en general el área donde puede recibir servicios de rutina (no de emergencia). El plan puede cancelar su inscripción si usted se muda en forma permanente fuera del área de servicio del plan.

Atención en centros de enfermería especializada (SNF): Servicios de rehabilitación y atención de enfermería especializada que se brindan de forma continua y diaria en un centro de enfermería especializada. Los ejemplos de atención en centros de enfermería especializada incluyen fisioterapia o inyecciones intravenosas que solo pueden administrar un médico o un enfermero profesional certificado.

Plan de necesidades especiales: Tipo especial de plan de Medicare Advantage que brinda atención médica más específica para determinados grupos de personas, como quienes están inscritos en Medicare y Medicaid, quienes residen en un hogar de atención médica especializada, o quienes padecen ciertos problemas de salud crónicos.

Terapia escalonada: Recurso de utilización que le exige que pruebe primero otro medicamento para tratar su problema de salud antes de que podamos cubrir el medicamento que su médico pueda haberle recetado inicialmente.

Seguridad de ingreso suplementario (Supplemental Security Income, SSI): Beneficio mensual que paga el Seguro Social a personas con ingresos y recursos limitados, que sean discapacitadas, ciegas o mayores de 65 años. Los beneficios de SSI no son los mismos que los de Seguro Social.

Servicios de urgencia: Se brindan servicios de urgencia para tratar enfermedades, lesiones o padecimientos médicos imprevistos no de emergencia que requieran de atención médica inmediata. Los servicios de urgencia pueden ser prestados por proveedores de la red o no cuando los proveedores de la red no están disponibles o no es posible comunicarse con ellos temporalmente.

Servicio al Cliente de RiverSpring MAP (HMO D-SNP)

Método	Servicio al Cliente: Información de contacto
LLAME AL	1-800-362-2266 Las llamadas a este número son gratuitas, los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora del Este. El Servicio al Cliente también cuenta con servicios gratuitos de interpretación de idiomas disponibles para las personas que no hablan inglés.
TTY	711 Este número requiere el uso de un equipo de teléfono especial y solo debe ser utilizado por personas con problemas auditivos o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas, los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora del Este.
ESCRIBA A	RiverSpring MAP A/A: Member Services 80 West 225 th Street Bronx, NY 10463
SITIO WEB	www.RiverSpringHealthPlans.org

Programa de Información, Asesoramiento y Ayuda sobre Seguros de Salud (HIICAP) (SHIP de Nueva 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.

Método	Programa de Información, Asesoramiento y Ayuda sobre Seguros de Salud (HIICAP): (SHIP de Nueva York): Información de contacto
LLAME AL	1-800-701-0501
TTY	711 Este número requiere el uso de un equipo de teléfono especial y solo debe ser utilizado por personas con problemas auditivos o del habla.
ESCRIBA A	<p>Ciudad de Nueva York Department for the Aging 2 Lafayette St., 16th Floor New York, NY 10007-1392</p> <p>Condado de Nassau Department of Human Services Office for the Aging 60 Charles Lindbergh Blvd., Suite #260 Uniondale, NY 11553-3691</p> <p>Condado de Westchester Department of Senior Programs & Services 9 South First Avenue, 10th floor, Mt. Vernon, NY 10550-3414</p>
SITIO WEB	http://www.aging.ny.gov/healthbenefits

Cláusula de divulgación de la PRA De acuerdo con la Ley de Reducción de Trámites (Paperwork Reduction Act, PRA) de 1995, ninguna persona tiene la obligación de responder a una recopilación de información a menos que dicha recopilación incluya un número de control de la Oficina de Administración y Presupuesto (Office of Management and Budget, OMB) válido. El número de control de la OMB válido para esta recopilación de información es 0938-1051. Si tiene comentarios o sugerencias para mejorar este formulario, escriba a: CMS, 7500 Security Boulevard, A/A: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

RiverSpring MAP (HMO D-SNP) es un plan de salud que tiene un contrato con Medicare y Medicaid. La inscripción en RiverSpring MAP (HMO D-SNP) depende de la renovación del contrato.

Esta información no es una descripción completa de los beneficios. Póngase en contacto con el plan para recibir más información.

Aviso de no discriminación de ElderServe Health, Inc.

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

ElderServe Health, Inc:

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

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

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

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

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW, Room 509F, HHH Building

Washington, D.C. 20201
1 800 368 1019, 1 800 537 7697 (TDD)

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

Texto en varios idiomas

ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-800-362-2266 (TTY 711).

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-800-362-2266 (TTY 711).

注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-800-362-2266 (TTY 711)。

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-800-362-2266 (TTY 711)..

ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou. Rele 1-800-362-2266 (TTY 711).

CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-800-362-2266 (TTY 711).

ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 1-800-362-2266 (TTY 711).

주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-800-362-2266 (TTY 711). 번으로 전화해 주십시오.

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-800-362-2266 (телетайп: 711).

رقم 1-800-363-2266 برقم اتصل. بالمجان لك تتوافر اللغوية المساعدة خدمات فإن اللغة، اذكر تتحدث كنت إذا: ملحوظة
هاتف الصم والبكم: (711).

ध्यान दः यद आप हदी बोलते ह तो आपके ि लए मुफ्त म भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध ह। 1-800-362-2266 (TTY 711). पर काल कर।

ATTENZIONE: In caso la lingua parlata sia l'italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiamare il numero 1-800-362-2266 (TTY 711).

ATENÇÃO: Se fala português, encontram-se disponíveis serviços linguísticos, grátis. Ligue para 1-800-362-2266 (TTY 711).

ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou. Rele 1-800-362-2266 (TTY 711).

UWAGA: Jeżeli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Zadzwoń pod numer 1-800-362-2266 (TTY 711).

注意事項：日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。1-800-362-2266 (TTY 711) まで、お電話にてご連絡ください。

RiverSpring Health Plans

1-800-362-2266 (TTY 711)

de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. hora del Este, los 7 días de la
semana.

www.RiverSpringHealthPlans.org