

2024

Aviso anual de cambios



RiverSpring MAP

(HMO D-SNP)

Para obtener más información, llámenos al **1-800-362-2266** (TTY/TDD 711)
Los 7 días de la semana de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del este.

www.RiverSpringHealthPlans.org

H6776_ANOC002CY24_M

Aprobación OMB 0938-1051 (vence el 29 de febrero de 2024)

RiverSpring MAP (HMO D-SNP) ofrecido por RiverSpring Health Plans

Aviso anual de cambios para 2024

Actualmente, usted está inscrito como miembro de RiverSpring MAP (HMO D-SNP). El próximo año habrá cambios en los beneficios y costos del plan. **Consulte la página 5 para obtener un Resumen de costos importantes, incluida la prima.**

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

Qué debe hacer ahora

1. AVERIGÜE: Qué cambios le corresponden.

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

2. COMPARE: Obtenga información sobre otras opciones de planes.

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

3. ELIJA: Decida si desea cambiar de plan.

- Si no se inscribe en otro plan antes del 7 de diciembre de 2023, permanecerá en el Plan RiverSpring MAP (HMO D-SNP).
- Para **pasar a un plan diferente**, puede cambiar de plan entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre. Su nueva cobertura comenzará el **1 de enero de 2024**. Esto finalizará su inscripción en RiverSpring MAP (HMO D-SNP).
- Consulte la Sección 2.2 de la página 12 para obtener más información sobre sus opciones.
- Si se mudó recientemente, vive actualmente o acaba de mudarse de una institución (como un centro de atención de enfermería especializada o un hospital de atención a largo plazo), puede cambiar de plan o cambiarse a Original Medicare (ya sea con o sin un plan de medicamentos con receta de Medicare separado) en cualquier momento.

Recursos adicionales

- Este documento está disponible en *español* de manera gratuita.
- Llame a nuestro Departamento de Servicios para Miembros al 1-800-362-2266 para obtener más información. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). El horario es de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. del Este, durante los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita.
- Puede obtener esta información de forma gratuita en otros formatos, como letra grande, braille o audio. Llame al 1-800-362-2266 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). El horario es de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. del Este, durante los 7 días de la semana.
- **La cobertura que abarca este Plan cumple con los requisitos de Cobertura Médica Calificada (QHC, en inglés)** y reúne los requisitos de responsabilidad compartida individual de la Ley de Protección al Paciente y la Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio (ACA, en inglés). Visite el sitio web del Servicio Interno de Impuestos (IRS, en inglés), www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families, para obtener más información.

Acerca de RiverSpring MAP (HMO D-SNP)

- RiverSpring MAP (HMO D-SNP) es un plan que tiene un contrato con Medicare y Medicaid. 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 *del estado de Nueva York* para coordinar sus beneficios de Medicaid.
 - Cuando este documento dice “nosotros”, “nos” o “nuestro”, significa RiverSpring Health Plans. Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, significa RiverSpring MAP (HMO D-SNP).
-

Aviso anual de cambios para 2024

Índice

Resumen de costos importantes para 2024	4
SECCIÓN 1 Cambios en los beneficios y costos para el año próximo.....	7
Sección 1.1: Cambios en la prima mensual	7
Sección 1.2: Cambios en el monto máximo de bolsillo.....	7
Sección 1.3: Cambios en las redes de proveedores y farmacias	8
Sección 1.4: Cambios en los beneficios y costos para los servicios médicos.....	8
Sección 1.5: Cambios en la cobertura de medicamentos con receta de la Parte D.....	10
SECCIÓN 2 Decidir qué plan elegir	13
Sección 2.1: Si quiere permanecer en RiverSpring MAP (HMO D-SNP)	13
Sección 2.2: Si quiere cambiar de plan.....	13
SECCIÓN 3 Cambiar de plan	14
SECCIÓN 4 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare y Medicaid	14
SECCIÓN 5 Programas que le ayudan a pagar sus medicamentos con receta.	15
SECCIÓN 6 ¿Tiene preguntas?	15
Sección 6.1: Cómo obtener ayuda de RiverSpring MAP (HMO D-SNP).....	15
Sección 6.2: Cómo recibir ayuda de Medicare	16
Sección 6.3: Cómo recibir ayuda de Medicaid	16

Resumen de costos importantes para 2024

La tabla que está a continuación compara los costos de 2023 y 2024 de RiverSpring MAP (HMO D-SNP) en distintas áreas importantes. **Tenga en cuenta que esto solamente es un resumen de los costos.** Si usted es elegible para la asistencia con los costos compartidos de Medicare en virtud de Medicaid, paga \$0 por su deducible, visitas en el consultorio médico y atención hospitalaria para pacientes internados.

Costo	para 2023 (este año)	para 2024 (el año próximo)
<p>Prima mensual del plan*</p> <p>* Su prima puede ser más alta o más baja que este monto. Consulte la Sección 1.1 para obtener más detalles.</p>	<p>\$0 o \$38,00 para su prima de la Parte D.</p>	<p>\$0 o \$48,70 para su prima de la Parte D.</p>
<p>Deducible de la Parte B</p>	<p>El deducible de la Parte B es de \$226.</p> <p>Si usted es elegible para la asistencia con los costos compartidos de Medicare en virtud de Medicaid, paga \$0.</p>	<p>El deducible de la Parte B es \$240 excepto para la insulina que se proporcione a través de un equipo médico duradero.</p> <p>Si usted es elegible para la asistencia con los costos compartidos de Medicare en virtud de Medicaid, paga \$0.</p>
<p>Visitas al consultorio del médico</p>	<p>Visitas de atención primaria: 0% por visita.</p> <p>Visitas al especialista: 0% por visita.</p> <p>Si usted es elegible para la asistencia con los costos compartidos de Medicare en virtud de Medicaid, paga \$0 por visita.</p>	<p>Visitas de atención primaria: \$0 por visita.</p> <p>Visitas al especialista: \$0 por visita</p> <p>Si usted es elegible para la asistencia con los costos compartidos de Medicare en virtud de Medicaid, paga \$0 por visita.</p>

Costo	para 2023 (este año)	para 2024 (el año próximo)
<p>Atención hospitalaria para pacientes internados</p>	<p>\$0 de coseguro o copago.</p> <p>Si usted es elegible para la asistencia con los costos compartidos de Medicare en virtud de Medicaid, paga \$0.</p>	<p>\$0 de coseguro o copago.</p> <p>Si usted es elegible para la asistencia con los costos compartidos de Medicare en virtud de Medicaid, paga \$0.</p>
<p>Cobertura de medicamentos con receta de la Parte D</p> <p>(Consulte la Sección 1.5 para obtener más detalles).</p>	<p>Deducible: \$505</p> <p>* Según su nivel de elegibilidad para Medicaid, es posible que no tenga responsabilidad de costos compartidos. (Consulte el anexo por separado, “Anexo LIS”, para conocer el monto de su deducible).</p> <p>Copago/coseguro durante la Etapa de cobertura inicial:</p> <ul style="list-style-type: none"> Nivel 1 de medicamentos: Según su elegibilidad para Medicaid, usted paga: <p>Para medicamentos genéricos (que incluyen los medicamentos de marca que se tratan como genéricos): \$0 de copago; o \$1,45 de copago; o \$4,15 de copago; o 15% del costo; o 25% del costo.</p>	<p>Deducible: \$545, excepto los productos de insulina cubiertos y la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D.</p> <p>* Según su nivel de elegibilidad para Medicaid, es posible que no tenga responsabilidad de costos compartidos. (Consulte el anexo por separado, “Anexo LIS”, para conocer el monto de su deducible).</p> <p>Copago/coseguro, según corresponda, durante la Etapa de cobertura inicial:</p> <ul style="list-style-type: none"> Nivel 1 de medicamentos: Según su elegibilidad para Medicaid, usted paga: <p>Para medicamentos genéricos (que incluyen los medicamentos de marca que se tratan como genéricos): \$0 de copago; o \$1,55 de copago; o \$4,50 de copago; o \$25% del costo.</p>

Costo	para 2023 (este año)	para 2024 (el año próximo)
	<p>Para cualquier otro medicamento: \$0 de copago; o \$4,30 de copago; o \$10,35 de copago; o 15% del costo; o 25% del costo.</p> <p>Usted paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <p>Cobertura por caso catastrófico:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Durante esta etapa de pago, el plan paga la mayor parte del costo de sus medicamentos cubiertos. 	<p>Para cualquier otro medicamento: \$0 de copago; o \$4,60 de copago; o \$11,20 de copago; o 25% del costo.</p> <p>Usted paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <p>Cobertura por caso catastrófico:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Durante esta etapa de pago, el plan paga el costo total de sus medicamentos cubiertos de la Parte D. No debe pagar nada.
<p>Monto máximo de bolsillo</p> <p>Esto será lo <u>máximo</u> que pagará de gasto de bolsillo para sus servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. (Consulte la Sección 1.2 para obtener más detalles).</p>	<p>\$8300</p> <p>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</p>	<p>\$8850</p> <p>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</p>

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

Sección 1.1: Cambios en la prima mensual

Costo	para 2023 (este año)	para 2024 (el año próximo)
Prima mensual (También debe seguir pagando su prima de la Parte B de Medicare a menos que Medicaid la pague).	De \$0 a \$38,00 para la prima de la Parte D.	\$0 o \$48,70 para su prima de la Parte D.

Sección 1.2: Cambios en el monto máximo de bolsillo

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

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

Sección 1.3: Cambios en la red de proveedores y farmacias

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

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

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

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

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

Tenga en cuenta que el *Aviso Anual de Cambios* le informa sobre los cambios en sus costos y beneficios de Medicare y Medicaid.

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

Costo	para 2023 (este año)	para 2024 (el año próximo)
<p>Servicios de emergencia</p> <p>Con servicios de emergencia, nos referimos a:</p> <ul style="list-style-type: none"> - servicios provistos por un proveedor calificado para proporcionar servicios de emergencia; y - servicios necesarios para evaluar o estabilizar una afección médica de emergencia. 	<p>Usted paga un copago de \$95 por visita al consultorio.</p> <p>Si usted es elegible para la asistencia con los costos compartidos de Medicare en virtud de Medicaid, paga un monto de copago de \$0.</p>	<p>Usted paga un copago de \$100 por visita al consultorio.</p> <p>Si usted es elegible para la asistencia con los costos compartidos de Medicare en virtud de Medicaid, paga un monto de copago de \$0.</p>

Costo	para 2023 (este año)	para 2024 (el año próximo)
<p>Servicios de urgencia</p> <p>Son servicios cubiertos pero no de emergencia, que se prestan cuando los proveedores de la red no están disponibles temporalmente o son inaccesibles, o cuando el inscrito se encuentra fuera del área de servicio.</p>	<p>Usted paga un copago de \$60 por visita.</p> <p>Si usted es elegible para la asistencia con los costos compartidos de Medicare en virtud de Medicaid, paga un monto de copago de \$0.</p>	<p>Usted paga un copago de \$55 por visita.</p> <p>Si usted es elegible para la asistencia con los costos compartidos de Medicare en virtud de Medicaid, paga un monto de copago de \$0.</p>
<p>Productos de venta libre (OTC, en inglés)</p>	<p>\$150 por mes. Todo monto que no se use <u>no</u> se transfiere al período siguiente.</p>	<p>\$155,00 por mes. Todo monto que no se use <u>no</u> se transfiere al período siguiente.</p>
<p>Beneficio para productos de venta libre (OTC) + comestibles</p>	<p>\$150 por mes. Se le permite gastar el 50% (\$75,00) del monto del beneficio de OTC en alimentos y productos frescos.</p> <p>Para los miembros elegibles (con ciertas afecciones crónicas), los Beneficios complementarios especiales para enfermedades crónicas (beneficio para comestibles) se combinan con el beneficio para productos de venta libre para cubrir ciertos comestibles como parte de la asignación mensual para OTC, que solo pueden comprarse en farmacias o minoristas seleccionados.</p>	<p>\$155 por mes. Se le permite gastar el 50% (\$77,50) del monto del beneficio de OTC en alimentos y productos frescos.</p> <p>Para los miembros elegibles (con ciertas afecciones crónicas), los Beneficios complementarios especiales para enfermedades crónicas (beneficio para comestibles) se combinan con el beneficio para productos de venta libre para cubrir ciertos comestibles como parte de la asignación mensual para OTC, que solo pueden comprarse en farmacias o minoristas seleccionados.</p>
<p>Servicios de acupuntura (No cubierto por Medicare)</p>	<p>Las sesiones de acupuntura que superen la cobertura de Medicare no están cubiertas.</p>	<p>Además de las sesiones de acupuntura cubiertas por Medicare, tiene cobertura de hasta 30 sesiones por año.</p>

Costo	para 2023 (este año)	para 2024 (el año próximo)
Servicios de podiatría	Autorización previa: Se requiere autorización después de 4 visitas regulares al podiatra. Se requiere autorización después de 6 visitas al podiatra relacionadas con la diabetes.	Autorización previa: Si tiene diagnóstico de diabetes, se requerirá autorización después de 6 visitas al podiatra. Si usted no tiene diagnóstico de diabetes, se requerirá autorización después de su cuarta visita al podiatra.

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

Cambios en nuestra "Lista de Medicamentos"

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

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

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

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

Cambios en los costos de los medicamentos con receta

Si recibe "Ayuda Adicional" para pagar sus medicamentos con receta de Medicare, puede calificar para una reducción o eliminación de su costo compartido para los medicamentos de la

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

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

Cambios en la Etapa del deducible

Etapa	para 2023 (este año)	para 2024 (el año próximo)
<p>Etapa 1: Etapa del deducible anual</p> <p>Durante esta etapa, usted paga el costo total de sus medicamentos de la Parte D hasta alcanzar el deducible anual. El deducible no se aplica a los productos de insulina cubiertos y a la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D, incluidas las vacunas contra el herpes zóster, el tétanos y las vacunas de viaje.</p>	<p>El deducible es de \$505.</p> <p>El monto de su deducible es \$0, o bien, \$104, según el nivel de “Ayuda Adicional” que reciba. (Consulte el anexo por separado, “Anexo LIS”, para conocer el monto de su deducible).</p>	<p>El deducible es de \$545.</p> <p>El monto de su deducible puede ser de \$0, según el nivel de “Ayuda Adicional” que reciba. (Consulte el anexo por separado, “Anexo LIS”, para conocer el monto de su deducible).</p>

Cambios en su costo compartido en la Etapa de cobertura inicial

Etapa	para 2023 (este año)	para 2024 (el año próximo)
<p>Etapa 2: Etapa de cobertura inicial</p> <p>Una vez que paga el deducible anual, pasa a la Etapa de cobertura inicial. Durante esta etapa, el plan paga su parte del costo de sus medicamentos y usted paga su parte de dicho costo.</p> <p>La mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D están cubiertas sin costo alguno para usted.</p>	<p>Su costo para un suministro de un mes surtido en una farmacia de la red con costo compartido estándar:</p> <p>Para medicamentos genéricos (que incluyen los medicamentos de marca que se tratan como genéricos): \$0 de copago; o \$1,45 de copago; o \$4,15 de copago; o 15% del costo; o 25% del costo.</p> <p>Para cualquier otro medicamento: \$0 de copago; o \$4,30 de copago; o \$10,35 de copago; o 15% del costo; o 25% del costo.</p>	<p>Su costo para un suministro de un mes surtido en una farmacia de la red con costo compartido estándar:</p> <p>Para medicamentos genéricos (que incluyen los medicamentos de marca que se tratan como genéricos): \$0 de copago; o \$1,55 de copago; o \$4,50 de copago; o 25% del costo.</p> <p>Para cualquier otro medicamento: \$0 de copago; o \$4,60 de copago; o \$11,20 de copago; o 25% del costo.</p> <p>Usted paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p>
<p>Etapa 2: Etapa de cobertura inicial (continuación)</p> <p>Los costos que aparecen en esta fila corresponden al suministro de un mes (30 días) cuando surta sus medicamentos con receta en una farmacia de la red con costo compartido estándar. Para obtener información sobre los costos de un suministro a largo plazo en una farmacia de la red que ofrece costos compartidos preferidos o para recetas por correo, consulte la Sección 5 del Capítulo 6 de su <i>Evidencia de Cobertura.</i></p>	<p>Una vez que los costos totales de sus medicamentos hayan alcanzado los \$4460, pasará a la siguiente etapa (etapa de brecha de cobertura).</p>	<p>Una vez que los costos totales de sus medicamentos hayan alcanzado los \$5030, pasará a la siguiente etapa (etapa de brecha de cobertura).</p>

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

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

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

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

SECCIÓN 2 Decidir qué plan elegir

Sección 2.1: Si quiere permanecer en RiverSpring MAP (HMO D-SNP)

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

Sección 2.2: Si quiere cambiar de plan

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

Paso 1: Obtenga más detalles y compare sus opciones

- Puede inscribirse en un plan de salud diferente de Medicare.
- —*O BIEN*—puede cambiarse a Original Medicare. Si cambia a Original Medicare, deberá decidir si desea inscribirse en el plan de medicamentos de Medicare.

Para obtener más detalles acerca de Original Medicare y de los diferentes tipos de planes de Medicare, use el Buscador de planes de Medicare (www.medicare.gov/plan-compare), lea el manual *Medicare y Usted 2024*, llame a su Programa Estatal de Asistencia en Seguros de Salud (consulte la Sección 4) o llame a Medicare (consulte la Sección 6.2).

Paso 2: Cambiar su cobertura

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

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

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.

SECCIÓN 3 Cambiar de plan

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

¿Se pueden realizar cambios en otros momentos del año?

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

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

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

SECCIÓN 4 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare y Medicaid

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

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

Si tiene preguntas sobre sus beneficios de Medicaid del estado de Nueva York, comuníquese con la línea de ayuda de HRA Medicaid de la oficina del Departamento de Salud del Estado de Nueva York (Servicios Sociales) al 1-888-692-6116 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 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 5 Programas que le ayudan a pagar sus medicamentos

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

- **“Ayuda Adicional” de Medicare.** Al tener Medicaid, ya está inscrito en la “Ayuda Adicional”, también denominada "subsidió por bajos ingresos". La “Ayuda Adicional” paga algunas primas de medicamentos con receta, deducibles y coseguros anuales. Dado que reúne los requisitos necesarios, no tiene una brecha de cobertura ni una multa por inscripción tardía. Si tiene alguna pregunta sobre la “Ayuda Adicional”, llame al:
 - 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048, las 24 horas del día, durante los 7 días de la semana;
 - La Oficina del Seguro Social al 1-800-772-1213, de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 7:00 p.m., para un representante. Los mensajes automatizados están disponibles durante las 24 horas del día. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778; o bien
 - a su oficina estatal de Medicaid (solicitudes).
- **Ayuda del programa de ayuda para medicamentos de su estado.** Nueva York tiene un programa denominado Cobertura de Seguro Farmacéutico para la Tercera Edad (EPIC, en inglés) que ayuda a las personas a pagar los medicamentos con receta según su necesidad financiera, edad o afección médica. Para conocer más acerca del programa, consulte con su Programa estatal de asistencia en seguros de salud.

- **Asistencia con los costos compartidos de los medicamentos con receta para personas con VIH/SIDA.** El Programa de Asistencia de Medicamentos para el SIDA (ADAP, en inglés) ayuda a asegurar que las personas elegibles para el ADAP que padecen de VIH/SIDA tengan acceso a medicamentos para el VIH que les permita salvar la vida. Las personas tienen que cumplir con determinados criterios, que incluyen la prueba de residencia en el estado y de su estado de VIH, prueba de ingresos bajos según la definición del estado y prueba de falta de cobertura o cobertura de seguro médico inadecuada. Los medicamentos con receta de la Parte D de Medicare que también están cubiertos por ADAP cumplen con los requisitos para la asistencia con los costos compartidos de los medicamentos con receta a través de los Programas de atención médica para pacientes con VIH que no tienen seguro médico del Estado de Nueva York. Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame al 1-800-542-2437.

SECCIÓN 6 ¿Tiene preguntas?

Sección 6.1: Cómo obtener ayuda de RiverSpring MAP (HMO D-SNP)

¿Tiene preguntas? Estamos aquí para ayudarlo. Llame al Departamento de Servicios para Miembros al 1-800-362-2266. (Solo los usuarios de TTY deben llamar al 711). Estamos disponibles para llamadas telefónicas los 7 días de la semana, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Las llamadas a estos números son gratuitas.

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

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

Visite nuestro sitio web

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

Sección 6.2: Cómo recibir ayuda de Medicare

Para obtener información directamente de Medicare:

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

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

Visite el sitio web de Medicare

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

Lea el *manual Medicare y Usted 2024*

Lea el *manual Medicare y Usted 2024*. Cada otoño, se envía este documento por correo a las personas con Medicare. Contiene un resumen de los beneficios, los derechos y las protecciones de Medicare, y respuestas a las preguntas más frecuentes sobre Medicare. Si no tiene una copia de este documento, puede obtenerla en el sitio web de Medicare (<https://www.medicare.gov/Pubs/pdf/10050-medicare-and-you.pdf>) o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Sección 6.3: Cómo recibir ayuda de Medicaid

Para obtener información de Medicaid, puede llamar a la línea de ayuda de Medicaid HRA de la oficina del Departamento de Salud del Estado de Nueva York (Servicios Sociales) al 1-888-692-6116 de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.

Aviso de no discriminación

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

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

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

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

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

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

o por correo o teléfono al:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW, Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 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>

Formulario aprobado
OMB# 0938-1421

Servicios de intérprete en varios idiomas

Inglés: We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at 1-800-362-2266. Someone who speaks English/Language can help you. This is a free service.

Español: Tenemos servicios de intérprete sin costo alguno para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para hablar con un intérprete, por favor llame al 1-800-362-2266. Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

Chino Mandarín: 我们提供免费的翻译服务，帮助您解答关于健康或药物保险的任何疑问。如果您需要此翻译服务，请致电 1-800-362-2266。我们的中文工作人员很乐意帮助您。这是一项免费服务。

Chino Cantonés: 您對我們的健康或藥物保險可能存有疑問，為此我們提供免費的翻譯服務。如需翻譯服務，請致電 1-800-362-2266。我們講中文的人員將樂意為您提供幫助。這是一項免費服務。

Tagalo: Mayroon kaming libreng serbisyo sa pagsasaling-wika upang masagot ang anumang mga katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggamot. Upang makakuha ng tagasaling-wika, tawagan lamang kami sa 1-800-362-2266. Maaari kayong tulungan ng isang nakakapagsalita ng Tagalog. Ito ay libreng serbisyo.

Francés: Nous proposons des services gratuits d'interprétation pour répondre à toutes vos questions relatives à notre régime de santé ou d'assurance-médicaments. Pour accéder au service d'interprétation, il vous suffit de nous appeler au 1-800-362-2266. Un interlocuteur parlant Français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

Vietnamita: Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời các câu hỏi về chương sức khỏe và chương trình thuốc men. Nếu quý vị cần thông dịch viên xin gọi 1-800-362-2266 sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí.

Alemán: Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihren Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter 1-800-362-2266. Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

Coreano: 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 대해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 1-800-362-2266 번으로 문의해 주십시오. 한국어를 하는 담당자가 도와 드릴 것입니다. 이 서비스는 무료로 운영됩니다.

Ruso: Если у вас возникнут вопросы относительно страхового или медикаментного плана, вы можете воспользоваться нашими бесплатными услугами переводчиков. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, позвоните нам по телефону 1-800-362-2266. Вам окажет помощь сотрудник, который говорит по-русски. Данная услуга бесплатная.

Árabe: للحصول على مترجم. إننا نقدم خدمات المترجم الفوري المجانية لإجابة عن أي أسئلة تتعلق بالصحة أو جدول الأدوية لدينا فوري، ليس عليك سوى الاتصال بنا على 1-800-362-2266 سيقوم شخص ما يتحدث العربية. هذه خدمة مجانية بمساعدتك.

Hindi: मुफ्त में। आपका कोई भी स्वास्थ्य या दवा की योजना से संबंधित कोई भी सवाल हमारे नि:शुल्क अनुवादकों की मदद से हल किया जा सकता है। 1-800-362-2266 पर हमें कॉल करें। हमारे कर्मचारी आपको हिंदी में मदद करेंगे। यह सेवा नि:शुल्क है।

Italiano: È disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario e farmaceutico. Per un interprete, contattare il numero 1-800-362-2266. Un nostro incaricato che parla Italiano vi fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

Portugués: Dispomos de serviços de interpretação gratuitos para responder a qualquer questão que tenha acerca do nosso plano de saúde ou de medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número 1-800-362-2266. Irá encontrar alguém que fale o idioma Português para o ajudar. Este serviço é gratuito.

Francés criollo: Nou genyen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou ta genyen konsènan plan medikal oswa dwòg nou an. Pou jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan 1-800-362-2266. Yon moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.

Polaco: Umożliwiamy bezpłatne skorzystanie z usług tłumacza ustnego, który pomoże w uzyskaniu odpowiedzi na temat planu zdrowotnego lub dawkowania leków. Aby skorzystać z pomocy tłumacza znającego język polski, należy zadzwonić pod numer 1-800-362-2266. Ta usługa jest bezpłatna.

Japonés: 当社の健康健康保険と薬品処方薬プランに関するご質問にお答えするために、無料の通訳サービスがあります。通訳をご用命になるには、1-800-362-2266 にお電話ください。日本語を話す人者が支援いたします。これは無料のサービスです。

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

RiverSpring Health Plans

1-800-362-2266 (TTY/TDD 711)

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

www.RiverSpringHealthPlans.org