



Neighborhood **INTEGRITY** for Duals (HMO D-SNP)

Manual del miembro 2026

1 de enero, 2026 – 31 de diciembre, 2026

Su cobertura de salud y medicamentos bajo Neighborhood INTEGRITY for Duals (HMO D-SNP)

Introducción al *Manual del Miembro*

Este *Manual del Miembro*, también conocido como *Evidencia de Cobertura*, le informa sobre su cobertura bajo nuestro plan hasta el 31 de diciembre de 2026. Explica los servicios de atención médica, la cobertura de salud conductual, la cobertura de medicamentos recetados y los servicios y apoyos a largo plazo (LTSS). Los servicios y apoyos a largo plazo le ayudan a quedarse en casa en lugar de ir a una residencia de ancianos o a un hospital. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el **Capítulo 12** de este *Manual del Miembro*.

Este es un documento legal importante. Manténgalo en un lugar seguro.

Cuando este *Manual del Miembro* dice “nosotros”, “nos”, “nuestro” o “nuestro plan”, se refiere a Neighborhood INTEGRITY for Duals.

Este documento está disponible gratuitamente en español y portugués. Puede obtenerlo gratis en otros formatos, como letra grande, braille o audio, llamando a Servicios para Miembros al número que aparece al final de esta página. La llamada es gratuita.

Puede solicitar obtener este documento y materiales futuros en su idioma preferido y/o formato alternativo llamando a Servicios para Miembros. Esto se conoce como “solicitud permanente”. Servicios para Miembros registrará su solicitud permanente en su expediente de miembro para que pueda recibir los materiales ahora y en el futuro su idioma o formato preferido. Puede modificar o eliminar su solicitud permanente en cualquier momento llamando a Servicios para Miembros.

Aprobación de la OMB 0938-1444 (Vence el 30 de junio de 2026)



Si tiene alguna pregunta, llame a Neighborhood INTEGRITY for Duals al 1-844-812-6896 (TTY 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes (puede dejar un mensaje de voz los sábados, domingos y días festivos federales). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

Aviso de disponibilidad de servicios de asistencia lingüística y ayudas y servicios auxiliares

ATTENTION: If you speak English, free language assistance services are available to you. Appropriate auxiliary aids and services to provide information in accessible formats are also available free of charge. Call 1-800-963-1001 (TTY 711) or speak to your provider.

تتوفر أيضًا المساعدات والخدمات المساعدة المناسبة لتوفير إذا كنت تتحدث اللغة العربية، فستكون خدمات المساعدة اللغوية متاحة لك مجانًا. تنبيه: اتصل على 1-800-963-1001 (هاتف الصم وضعاف السمع 711) أو تحدث إلى مقدم الخدمة المعلومات بتنسيقات بديلة لأصحاب الإعاقات مجانًا. الخاص بك.

注意：若您使用粵語，我們將為您提供免費的語言協助服務。此外，我們也提供適當的輔助設備與服務，為您提供免費且易於閱讀的資訊。致電 1-800-963-1001 (TTY 711) 或與您的供應商商討。

请注意：如果您说普通话，我们可以为您提供免费的语言援助服务。还会以通俗易懂的形式，免费提供相应的辅助性帮助和服务。请致电 1-800-963-1001 (TTY 711) 或直接联系您的供应商。

À NOTER : Si vous parlez français, des services d'assistance linguistique gratuits sont à votre disposition. Des aides et des services auxiliaires appropriés pour fournir des informations dans des formats accessibles sont également disponibles gratuitement. Appelez le 1-800-963-1001 (ATS 711) ou parlez à votre fournisseur.

ATANSYON: Si ou pale Kreyòl Ayisyen, sèvis asistans lang gratis disponib pou ou. Èd ak sèvis oksilyè apwopriye pou bay enfòmasyon nan fòm aksèsib yo disponib tou gratis. Rele 1-800-963-1001 (TTY 711) oswa pale ak founisè w la.

ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, können Sie kostenlose Sprachassistentendienste nutzen. Geeignete unterstützende Hilfen und Services, die Informationen in barrierefreien Formaten bereitstellen, sind ebenfalls kostenfrei. Rufen Sie 1-800-963-1001 (TTY 711) an oder kontaktieren Sie Ihren Anbieter.

ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं, तो आपके लिए निःशुल्क भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। सुलभ प्रारूपों में जानकारी प्रदान करने के लिए उपयुक्त सहायक सहायता और सेवाएँ भी निःशुल्क उपलब्ध हैं। 1-800-963-1001 (TTY 711) पर कॉल करें या अपने प्रदाता से बात करें।

ATTENZIONE: Se parlate italiano, avete a disposizione dei servizi di assistenza linguistica gratuiti. Sempre gratuitamente, sono disponibili anche supporti e servizi ausiliari appropriati per fornirvi informazioni in formati accessibili. Potete chiamare il numero 1-800-963-1001 (TTY 711) o parlare con il vostro fornitore.

注意：日本語を話せる場合には、無料の言語サービスをご利用いただけます。利用できる形式で情報を提供するための適切な補助器具・サービスも無料でご利用いただけます。1-800-963-1001（テキスト電話（TTY）711）にお電話でお問い合わせになるか、提供者にご相談ください。



Si tiene alguna pregunta, llame a Neighborhood INTEGRITY for Duals al 1-844-812-6896 (TTY 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes (puede dejar un mensaje de voz los sábados, domingos y días festivos federales). La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

ការយកចិត្តទុកដាក់: ប្រសិនបើអ្នកនិយាយភាសាខ្មែរ សេវាជំនួយភាសាគតិកត្តាមានផ្តល់ជូនដល់អ្នក។ ក៏មានការផ្តល់ការគាំទ្រ

និងសេវាកម្មជំនួយសមស្របដោយគតិកត្តាផ្តល់ព័ត៌មានជាទម្រង់ដែលអាចចូលប្រើបានផងដែរ។ សូមហៅទូរសព្ទទៅលេខ 1-800-963-1001 (TTY 711) ឬព្រឹត្តិការណ៍ជាមួយអ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នក។

참조: 한국어를 사용하시는 경우 무료 언어 지원 서비스를 이용하실 수 있습니다. 이해 가능한 형식으로 정보를 제공하기 위한 적절한 보조 도구 및 서비스도 무료 이용하실 수 있습니다. 1-800-963-1001(TTY 711)로 전화하시거나 서비스 제공업체에 문의하세요.

UWAGA: Jeśli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnych usług językowych. Dostępne są również bezpłatne pomoce i usługi, które zapewniają informacje w zrozumiałym formacie. Zadzwoń pod numer 1-800-963-1001 (TTY 711) lub skonsultuj się ze swoim świadczeniodawcą.

ATENÇÃO: Se fala português, tem à sua disposição serviços de assistência linguística gratuitos. Estão também disponíveis, a título gratuito, ajudas e serviços auxiliares adequados para fornecer informações em formatos acessíveis. Ligue para 1-800-963-1001 (TDD 711) ou fale com o seu prestador

ВНИМАНИЕ! Если вы говорите по-русски, то вам доступны бесплатные услуги языковой поддержки. Также бесплатно предоставляются соответствующие вспомогательные средства и услуги по предоставлению информации в доступных форматах. Позвоните по телефону 1-800-963-1001 (телетайп 711) или обратитесь к своему поставщику услуг.

ATENCIÓN: Si habla español, se ofrecen servicios gratuitos de asistencia con el idioma. También se ofrecen ayudas y servicios auxiliares apropiados para brindar información en formatos accesibles sin cargo alguno. Llame al 1-800-963-1001 (TTY 711) o consulte con su proveedor.

PANSININ: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, magagamit mo ang mga libheng tulong serbisyo sa lengguwahe. Ang mga naaangkop na dagdag na mga pantulong at serbisyo upang magbigay ng impormasyon sa mga naa-access na porma ay magagamit din nang walang bayad. Tumawag sa 1-800-963-1001 (TTY 711) o makipag-usap sa iyong tagapagbigay.

CHÚ Ý: Nếu quý vị nói Tiếng Việt, có sẵn các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho quý vị. Các biện pháp hỗ trợ và dịch vụ phụ trợ phù hợp để cung cấp thông tin ở định dạng dễ tiếp cận cũng được cung cấp miễn phí. Hãy gọi số 1-800-963-1001 (TTY 711) hoặc nói chuyện với nhà cung cấp dịch vụ của quý vị.



Si tiene alguna pregunta, llame a Neighborhood INTEGRITY for Duals al 1-844-812-6896 (TTY 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes (puede dejar un mensaje de voz los sábados, domingos y días festivos federales). La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

Manual del Miembro de Neighborhood INTEGRITY for Duals

Tabla de contenido

Capítulo 1: Cómo empezar como miembro	6
Capítulo 2: Números de teléfono y recursos importantes.....	18
Capítulo 3: Cómo utilizar la cobertura del plan para su atención médica	37
Capítulo 4: Cuadro de Beneficios.....	56
Capítulo 5: Cómo obtener sus medicamentos para pacientes externos.....	112
Capítulo 6: Lo que paga por sus medicamentos de Medicare y Medicaid de Rhode Island	134
Capítulo 7: Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura que recibió por servicios o medicamentos cubiertos	150
Capítulo 8: Sus derechos y responsabilidades	156
Capítulo 9: Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)	169
Capítulo 10: Finalización de su membresía en nuestro plan.....	216
Capítulo 11: Avisos legales	225
Capítulo 12: Definiciones de palabras importantes	228



Si tiene alguna pregunta, llame a Neighborhood INTEGRITY for Duals al 1-844-812-6896 (TTY 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes (puede dejar un mensaje de voz los sábados, domingos y días festivos federales). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

Descargo de responsabilidad

- ❖ Neighborhood Health Plan of Rhode Island INTEGRITY for Duals (HMO D-SNP) es un plan de salud que tiene contrato con Medicare y el Programa Medicaid de Rhode Island. La inscripción en Neighborhood Health Plan of Rhode Island INTEGRITY for Duals depende de la renovación del contrato.
- ❖ Los beneficios y/o copagos pueden cambiar el 1 de enero de 2027.
- ❖ Algunos de los beneficios mencionados forman parte de un programa complementario especial para personas con enfermedades crónicas. Puede calificar para la cobertura si padece una enfermedad crónica, como hipertensión, diabetes, enfermedad pulmonar crónica, trastornos genéticos hematológicos graves y depresión, entre otros. Se aplican criterios de elegibilidad adicionales. Contáctenos para obtener más información.
- ❖ Nuestros medicamentos cubiertos, red de farmacias y/o red de proveedores pueden cambiar en cualquier momento. Recibirá un aviso sobre cualquier cambio que pueda afectarle con al menos 30 días de anticipación.



Si tiene alguna pregunta, llame a Neighborhood INTEGRITY for Duals al 1-844-812-6896 (TTY 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes (puede dejar un mensaje de voz los sábados, domingos y días festivos federales). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

Capítulo 1: Cómo empezar como miembro

Introducción

Este capítulo incluye información acerca de Neighborhood INTEGRITY for Duals, un plan de salud que coordina todos sus servicios de Medicare y Medicaid de Rhode Island, y su membresía. También le explica qué esperar y qué otra información le brindaremos. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo de este *Manual del Miembro*.

Tabla de contenido

- A. Le damos la bienvenida a nuestro plan..... 8
- B. Información sobre Medicaid y Medicaid de Rhode Island 8
 - B1. Medicare 8
 - B2. Medicaid de Rhode Island 8
- C. Ventajas de nuestro plan 9
- D. El área de servicio de nuestro plan 10
- E. ¿Qué lo hace elegible para ser miembro del plan?..... 10
- F. Qué esperar cuando se une por primera vez a nuestro plan de salud 10
- G. Su equipo de atención y su plan de atención 11
 - G1. Equipo de atención 11
 - G2. Plan de atención 11
- H. Sus costos mensuales de Neighborhood INTEGRITY for Duals 12
 - H1. Prima mensual de la Parte B de Medicare 12
 - H2. Monto del pago de medicamentos recetados de Medicare 12
- I. Este *Manual del Miembro* 12
- J. Otra información importante que recibe de nosotros..... 12
 - J1. Su tarjeta de identificación de miembro 13



Si tiene alguna pregunta, llame a Neighborhood INTEGRITY for Duals al 1-844-812-6896 (TTY 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes (puede dejar un mensaje de voz los sábados, domingos y días festivos federales). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

J2. *Directorio de proveedores y farmacias*..... 14

J3. *Lista de medicamentos cubiertos* 15

J4. *La Explicación de Beneficios* 16

K. Mantenga actualizado su registro de membresía 16

K1. Privacidad de la información personal de salud (PHI)..... 17



Si tiene alguna pregunta, llame a Neighborhood INTEGRITY for Duals al 1-844-812-6896 (TTY 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes (puede dejar un mensaje de voz los sábados, domingos y días festivos federales). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

A. Le damos la bienvenida a nuestro plan

Neighborhood INTEGRITY for Duals (también conocido como FIDE-SNP) es un Plan de Necesidades Especiales Totalmente Integrado de Doble Elegibilidad, un tipo de plan Medicare Advantage diseñado para miembros que califican completamente tanto para Medicare como para Medicaid. Un plan Medicare Advantage es un plan aprobado por Medicare que ofrece una alternativa a Medicare Original. Estos planes combinan la Parte A de Medicare (cobertura hospitalaria), la Parte B de Medicare (servicios ambulatorios) y, a menudo, la Parte D de Medicare (cobertura de medicamentos recetados) en un solo plan integral. También pueden ofrecer beneficios adicionales que no cubre Medicare Original, como atención de la vista o dental. Además, cuenta con un administrador de atención y un equipo de atención para ayudarle a gestionar todos sus proveedores y servicios. Todos trabajan en conjunto para brindarle la atención que usted necesita.

Neighborhood INTEGRITY for Duals fue aprobado por el estado de Rhode Island y los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS).

B. Información sobre Medicaid y Medicaid de Rhode Island

B1. Medicare

Medicare es el programa federal de seguro de salud para:

- personas de 65 años o más,
- algunas personas menores de 65 años que tienen ciertas discapacidades, y
- personas con enfermedades renales en etapa terminal (falla del riñón).

B2. Medicaid de Rhode Island

Medicaid de Rhode Island es el nombre del programa Medicaid de Rhode Island. Este programa es administrado por el estado y financiado por el gobierno estatal y federal. Medicaid de Rhode Island ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar los Servicios y Apoyos a Largo Plazo (Long-Term Services and Supports, LTSS) y los costos médicos. Cubre servicios y medicamentos adicionales que no cubre Medicare.

Cada estado decide:

- qué cuenta como ingreso y recursos,



Si tiene alguna pregunta, llame a Neighborhood INTEGRITY for Duals al 1-844-812-6896 (TTY 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes (puede dejar un mensaje de voz los sábados, domingos y días festivos federales). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

- quién es elegible,
- qué servicios están cubiertos **y**
- el costo de los servicios.

Los estados pueden determinar cómo administrar sus programas, siempre que cumplan con las normas federales.

Medicare y el estado de Rhode Island aprobaron nuestro plan. Puede recibir servicios de Medicare y Medicaid de Rhode Island a través de nuestro plan siempre que:

- elijamos seguir ofreciendo el plan, **y**
- Medicare y el estado de Rhode Island nos autoricen a continuar ofreciendo este plan.

Incluso si nuestro plan deja de operar operante en el futuro, su elegibilidad para recibir servicios de Medicare y Medicaid de Rhode Island no se verá afectada.

C. Ventajas de nuestro plan

Ahora recibirá todos sus servicios cubiertos por Medicare y Medicaid de Rhode Island a través de nuestro plan, incluidos los medicamentos. **No paga ningún costo adicional para inscribirse en este plan de salud.**

Le ayudamos a que sus beneficios de Medicare y Medicaid funcionen mejor juntos, y mejor para usted. Algunas de las ventajas incluyen:

- Puede acudir a nosotros para **la mayoría** de sus necesidades de atención médica.
- Cuenta con un equipo de atención que usted mismo ayuda a formar. Este equipo puede incluirlo a usted mismo, a su cuidador, médicos, enfermeros, consejeros u otros profesionales de la salud.
- Tiene acceso a un administrador de atención, una persona que trabaja con usted, con nuestro plan y con su equipo de atención para ayudarle a crear un plan de cuidados.
- Puede dirigir su propia atención, con el apoyo de su equipo y del administrador de atención.
- Su equipo y su administrador trabajan con usted para elaborar un plan diseñado para satisfacer **sus propias** necesidades de salud. Ellos coordinan los servicios que necesita. Por ejemplo, esto significa que su equipo de atención se asegura de:
- Que sus médicos conozcan todos los medicamentos que usted toma, para garantizar que



Si tiene alguna pregunta, llame a Neighborhood INTEGRITY for Duals al 1-844-812-6896 (TTY 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes (puede dejar un mensaje de voz los sábados, domingos y días festivos federales). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

sean los adecuados y reducir posibles efectos secundarios.

- Compartir los resultados de sus análisis con todos sus médicos y otros proveedores, según corresponda.
- Tendrá acceso a varios beneficios complementarios, como una membresía de gimnasio gratuita, comidas a domicilio después de una estadía en el hospital que cumpla los requisitos, asignación mensual para productos de venta libre (over-the-counter, OTC) y otros productos de bienestar, beneficios dentales preventivos y restaurativos y más.

D. El área de servicio de nuestro plan

Nuestra área de servicio incluye todos los condados de Rhode Island: Bristol, Kent, Newport, Providence y Washington.

Solo las personas que viven dentro de nuestra área de servicio pueden unirse a nuestro plan.

No puede permanecer en nuestro plan si se muda fuera de nuestra área de servicio. Consulte el **Capítulo 8** de este *Manual del Miembro* para obtener más información sobre los efectos de mudarse fuera de nuestra área de servicio.

E. ¿Qué lo hace elegible para ser miembro del plan?

Usted es elegible para nuestro plan siempre y cuando:

- viva en nuestra área de servicio (no se considera que las personas encarceladas estén viviendo en el área de servicio, incluso si se encuentran físicamente ubicados en ella), **y**
- tenga ambos tener tanto Medicare Parte A como Medicare Parte B, **y**
- sea ciudadano estadounidense o se encuentra legalmente presente en los Estados Unidos, **y**
- sea actualmente elegible para Medicaid de Rhode Island.

Si pierde la elegibilidad pero se espera que la recupere dentro de tres (3) meses, aún es elegible para nuestro plan.

Llame a Servicios para Miembros para obtener más información.

F. Qué esperar cuando se une por primera vez a nuestro plan de salud

Cuando se une por primera vez a nuestro plan, recibirá una evaluación de riesgos de salud (health risk assessment, HRA) dentro de los 90 días anteriores o posteriores a la fecha efectiva de su



Si tiene alguna pregunta, llame a Neighborhood INTEGRITY for Duals al 1-844-812-6896 (TTY 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes (puede dejar un mensaje de voz los sábados, domingos y días festivos federales). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

inscripción.

Debemos completar una evaluación de riesgos de salud (HRA) para usted. Esta evaluación es la base para desarrollar su plan de atención. Incluye preguntas para identificar sus necesidades médicas, de salud conductual y funcionales.

Nos ponemos en contacto con usted para completar la evaluación de riesgo de salud (HRA). Podemos hacerlo mediante una visita en persona, una llamada telefónica o un correo postal.

Le enviaremos más información sobre esta HRA.

Si Neighborhood INTEGRITY for Duals es nuevo para usted, podrá seguir usando los proveedores que utiliza ahora durante 180 días.

Después de 180 días, necesitará utilizar médicos y otros proveedores del plan Neighborhood INTEGRITY for Duals. Un proveedor de la red es un proveedor que trabaja con el plan de salud. Consulte el **Capítulo 3, Sección D** para más información.

G. Su equipo de atención y su plan de atención

G1. Equipo de atención

Un equipo de atención puede ayudarle a seguir recibiendo la atención que necesita. Puede incluir a su médico, un administrador de atención u otro profesional de la salud que usted elija.

Un administrador de atención es una persona capacitada para ayudarle a gestionar la atención que necesita. Al inscribirse en nuestro plan, recibirá un administrador de atención. Esta persona también le remitirá a otros recursos comunitarios que nuestro plan podría no ofrecer y colaborará con su equipo de atención para coordinar su atención. Llámenos a los números que aparecen al final de la página para obtener más información sobre su administrador de atención y su equipo de atención.

G2. Plan de atención

Su equipo de atención trabaja con usted para elaborar un plan de atención. Este plan les indica a usted y a sus médicos qué servicios necesita y cómo obtenerlos. Incluye servicios médicos, de salud conductual, de apoyo a largo plazo (LTSS) y otros.

Su plan de atención incluye:

- sus objetivos de atención médica **y**
- un cronograma para obtener los servicios que necesita.



Si tiene alguna pregunta, llame a Neighborhood INTEGRITY for Duals al 1-844-812-6896 (TTY 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes (puede dejar un mensaje de voz los sábados, domingos y días festivos federales). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

Su equipo de atención se reúne con usted después de su evaluación de riesgo de salud (HRA). Le preguntarán sobre los servicios que necesita y le informarán sobre los servicios que podría considerar obtener. Su plan de atención se crea en función de sus necesidades y objetivos. Su equipo de atención trabaja con usted para actualizarlo al menos una vez al año.

H. Sus costos mensuales de Neighborhood INTEGRITY for Duals

Nuestro plan no tiene primas.

H1. Prima mensual de la Parte B de Medicare

Algunos miembros deben pagar otras primas de Medicare. Como se explica en la **Sección E** anterior, para ser elegible para nuestro plan, debe mantener su elegibilidad para Medicaid, así como tener tanto la Parte A como la Parte B de Medicare. Para la mayoría de los miembros de Neighborhood INTEGRITY for Duals, Medicaid paga su prima de la Parte A de Medicare (si no califica automáticamente) y la prima de la Parte B.

Si Medicaid no paga sus primas de Medicare, debe seguir pagándolas para continuar siendo miembro de nuestro plan. Esto incluye la prima de la Parte B de Medicare. También puede pagar una prima de la Parte A de Medicare si no es elegible para la Parte A gratuita de Medicare.

Además, comuníquese con Servicios para Miembros o con su administrador de atención médica e infórmeles sobre este cambio.

H2. Monto del pago de medicamentos recetados de Medicare

Si participa en el Plan de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare, recibirá una factura de su plan por sus medicamentos (en lugar de pagar a la farmacia). Su factura mensual se basa en lo que adeuda por las recetas que obtiene, más el saldo del mes anterior, dividido entre los meses restantes del año.

En el **Capítulo 2, Sección H4** encontrará más información sobre el Plan de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare. Si no está de acuerdo con el monto facturado como parte de esta opción de pago, puede seguir los pasos del **Capítulo 9** para presentar una queja o apelación.

I. Este *Manual del Miembro*

Este *Manual del Miembro* es parte de nuestro contrato con usted. Esto significa que debemos cumplir con todas las normas de este documento. Si considera que hemos infringido estas normas, puede apelar nuestra decisión. Para más información acerca de apelaciones, consulte el **Capítulo**



Si tiene alguna pregunta, llame a Neighborhood INTEGRITY for Duals al 1-844-812-6896 (TTY 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes (puede dejar un mensaje de voz los sábados, domingos y días festivos federales). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

9 de este *Manual del Miembro* o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

Puede solicitar un *Manual del Miembro* llamando a Servicios para Miembros a los números que aparecen al final de esta página. También puede consultar el *Manual del Miembro* que se encuentra en nuestro sitio web al final de esta página.

El contrato estará vigente durante los meses en que esté inscrito en nuestro plan, entre el 1 de enero de 2026 y el 31 de diciembre de 2026.

J. Otra información importante que recibe de nosotros

Otra información importante que le proporcionamos incluye su tarjeta de identificación de miembro, información sobre cómo acceder a un *Directorio de proveedores y farmacias*, una Lista de equipo médico duradero (Durable Medical Equipment, DME) e información sobre cómo acceder a una *Lista de medicamentos cubiertos*, también conocida como *Lista de medicamentos o Formulario*.

J1. Su tarjeta de identificación de miembro

Con nuestro plan, usted tiene una tarjeta para sus servicios de Medicare y Medicaid de Rhode Island, incluidos LTSS, ciertos servicios de salud conductual y medicamentos recetados. Presente esta tarjeta al recibir cualquier servicio o receta médica. Aquí tiene un ejemplo de tarjeta de identificación de miembro:

			
Member Name: <Cardholder Name> Member ID: <Cardholder ID#> PCP Group/Name: <PCP/Group Name> PCP Phone: <PCP Phone> MEMBER CANNOT BE CHARGED Copays: PCP/Specialist: \$0 ER: \$0 H7635 001		RxBIN: 004336 RxPCN: MEDDADV RxGRP: RXa21KD	
If you are experiencing an Emergency Dial 911. If your emergency is for Behavioral Health please call the crisis line at the number provided below.			
Member Services: 1-844-812-6896 (TTY (711)) Behavioral Health: 1-401-443-5995 Pharmacy Help Desk: 1-866-693-4620 Provider Services: 1-800-963-1001 Website: www.nhpri.org/INTEGRITYDuals Send Claims To: Neighborhood Health Plan of Rhode Island 910 Douglas Pike Smithfield, Rhode Island 02917 Claim Inquiry: 1-844-812-6896 (TTY (711))			

Si su tarjeta de identificación de miembro se daña, se pierde o se la roban, llame de inmediato a Servicios para Miembros al número que aparece al final de la página. Le enviaremos una nueva.

Mientras sea miembro de nuestro plan, no necesita usar su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare ni su tarjeta de Medicaid de Rhode Island ("ancla") para obtener la mayoría de los servicios. Guarde esas tarjetas en un lugar seguro, en caso de que las necesite más adelante. Si muestra su tarjeta de Medicare en lugar de su tarjeta de identificación de miembro, el proveedor puede



Si tiene alguna pregunta, llame a Neighborhood INTEGRITY for Duals al 1-844-812-6896 (TTY 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes (puede dejar un mensaje de voz los sábados, domingos y días festivos federales). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

facturar a Medicare en lugar de a nuestro plan, y usted podría recibir una factura. Se le puede pedir que muestre su tarjeta de Medicare si necesita servicios hospitalarios, servicios de hospicio o si participa en estudios de investigación clínica aprobados por Medicare (también llamados ensayos clínicos). Consulte el **Capítulo 7** de este *Manual del Miembro* para saber qué hacer si recibe una factura de un proveedor. Debe continuar usando su tarjeta de Medicaid de Rhode Island ("ancla") para servicios dentales de rutina y transporte médico que no sea de emergencia. Consulte el **Capítulo 4** para obtener más información sobre cuándo usar su tarjeta de Medicaid de Rhode Island "ancla".

J2. Directorio de proveedores y farmacias

El *Directorio de proveedores y farmacias* enumera los proveedores y farmacias de la red de nuestro plan. Mientras sea miembro de nuestro plan, debe usar proveedores de la red para obtener servicios cubiertos.

Puede solicitar un *Directorio de proveedores y farmacias* (en formato electrónico o impreso) llamando a Servicios para Miembros a los números que aparecen al final de la página. Los Directorios de proveedores y farmacias en papel solicitados se enviarán en un plazo de tres días hábiles. También puede consultar el Directorio de proveedores y farmacias en la dirección web que aparece al final de la página.

El *Directorio de proveedores y farmacias* enumera a los profesionales de la atención médica (como médicos, enfermeras practicantes, y psicólogos), instalaciones (como hospitales o clínicas), y proveedores de apoyo (como proveedores de atención médica domiciliaria y de salud diurna para adultos) que puede utilizar como miembro de Neighborhood INTEGRITY for Duals. También incluye una lista de farmacias donde puede obtener medicamentos recetados.

El *Directorio de proveedores y farmacias* contiene información de contacto de proveedores y farmacias, incluidas direcciones, teléfono números y horas de operación. También puede encontrar otros detalles como especialidades y habilidades de todos los proveedores de la red Neighborhood INTEGRITY for Duals.

Definición de proveedores de la red

- Nuestros proveedores de la red incluyen a:
 - médicos, enfermeros, y otros profesionales de atención de salud que puede usar como miembro de nuestro plan;
 - clínicas, hospitales, centros de enfermería, y otros lugares que brindan servicios de salud en nuestro plan; **y**
 - LTSS, servicios de salud conductual, agencias de atención médica domiciliaria,



Si tiene alguna pregunta, llame a Neighborhood INTEGRITY for Duals al 1-844-812-6896 (TTY 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes (puede dejar un mensaje de voz los sábados, domingos y días festivos federales). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

proveedores de equipos médicos duraderos (DME) y otros que brindan bienes y servicios que usted obtiene a través de Medicare o Rhode Island Medicaid.

Los proveedores de la red acuerdan aceptar el pago de nuestro plan por los servicios cubiertos como pago total.

Definición de farmacias de la red

- Farmacias de la red son aquellas que aceptan surtir recetas para los miembros de nuestro plan. Utilice el *Directorio de proveedores y farmacias* para encontrar la farmacia de la red que desea usar.
- Excepto durante una emergencia, debe surtir sus recetas en una de nuestras farmacias de la red si desea que nuestro plan le ayude a pagarlas.

Para más información, llame a Servicios para Miembros al número que aparece al final de la página. Tanto Servicios para Miembros como nuestro sitio web le brindan la información más actualizada sobre los cambios en nuestras farmacias y proveedores de la red.

Lista de Equipo Médico Duradero (DME)

Esta lista le indica las marcas y fabricantes de Equipo Médico Duradero (DME) que cubrimos. La lista más reciente de marcas, fabricantes y proveedores también está disponible en nuestro sitio web, en la dirección que aparece al final de la página. Consulte los **capítulos 3 y 4** de este *Manual del Miembro* para obtener más información sobre los equipos DME.

J3. Lista de medicamentos cubiertos

Nuestro plan cuenta con una *Lista de Medicamentos Cubiertos*. La llamamos *Lista de Medicamentos* para abreviar. Esta lista le indica qué medicamentos cubre nuestro plan. Los medicamentos de esta lista son seleccionados por nuestro plan con la ayuda de médicos y farmacéuticos. La *Lista de Medicamentos* debe cumplir con los requisitos de Medicare. Los medicamentos con precios negociados bajo el Programa de Negociación de Precios de Medicamentos de Medicare se incluirán en su *Lista de Medicamentos*, a menos que se hayan eliminado y reemplazado como se describe en el **Capítulo 5, Sección E**. Medicare aprobó la *Lista de medicamentos* de Neighborhood INTEGRITY for Duals.

La *Lista de medicamentos* también le indica si existen reglas o restricciones sobre algún medicamento, como un límite en la cantidad que se puede obtener. Consulte el **Capítulo 5** de este *Manual del Miembro* para más información.

Cada año, le enviamos información sobre cómo acceder a la Lista de Medicamentos, pero es posible que se produzcan cambios durante el año. Para obtener la información más actualizada sobre los medicamentos cubiertos, llame a Servicios para Miembros o visite nuestro sitio web en



Si tiene alguna pregunta, llame a Neighborhood INTEGRITY for Duals al 1-844-812-6896 (TTY 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes (puede dejar un mensaje de voz los sábados, domingos y días festivos federales). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

la dirección que aparece al final de la página.

J4. La Explicación de Beneficios

Cuando utiliza sus beneficios de medicamentos de la Parte D de Medicare, le enviamos un resumen para ayudarlo a comprender y llevar un registro de los pagos de sus medicamentos de la Parte D de Medicare. Este resumen se conoce como *Explicación de Beneficios* (EOB).

La EOB le informa el monto total que usted, u otros en su nombre, gastaron en sus medicamentos de la Parte D de Medicare y el monto total que nosotros pagamos por cada uno de sus medicamentos de la Parte D de Medicare durante el mes. Esta EOB no es una factura. La EOB tiene más información sobre los medicamentos que toma. El **Capítulo 6** de este *Manual del Miembro* proporciona más Información sobre la EOB y cómo le ayuda a realizar un seguimiento de su cobertura de medicamentos.

También puede solicitar una Explicación de Beneficios (EOB). Para obtener una copia, comuníquese con Servicios para Miembros a los números que aparecen al final de la página.

Tiene la opción de recibir su Explicación de Beneficios de la Parte D electrónicamente. La versión electrónica proporciona la misma información y en el mismo formato que la Explicación de Beneficios impresa que recibe actualmente. Para comenzar a recibir la Explicación de Beneficios electrónica, visite www.caremark.com o llame a Servicios para Miembros para registrarse. Recibirá una notificación por correo electrónico cuando tenga una nueva Explicación de Beneficios para consultar. Conserve estos informes. Contienen información importante sobre sus gastos en medicamentos.

K. Mantenga actualizado su registro de membresía

Puede mantener actualizado su registro de afiliación informándonos cuando cambie su información.

Necesitamos esta información para asegurarnos de que su información sea correcta en nuestros registros. Los médicos, hospitales, farmacéuticos y otros proveedores de la red de nuestro plan utilizan su historial de membresía para saber qué servicios y medicamentos están cubiertos y sus montos de costos compartidos. Por eso, es fundamental que nos ayude a mantener su información actualizada.

Cuéntenos inmediatamente sobre lo siguiente:

- cambios en su nombre, dirección o número de teléfono;
- cambios en cualquier otra cobertura de seguro de salud, como la de su empleador, el empleador de su cónyuge o el empleador de su pareja de hecho, o la compensación de trabajadores;



Si tiene alguna pregunta, llame a Neighborhood INTEGRITY for Duals al 1-844-812-6896 (TTY 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes (puede dejar un mensaje de voz los sábados, domingos y días festivos federales). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

- cualquier reclamación de responsabilidad, como reclamaciones por accidentes automovilísticos;
- ingreso a un centro de enfermería o a un hospital;
- atención de un hospital o sala de emergencias;
- cambios en su cuidador (o cualquier persona responsable de usted); **y**
- su participación en un estudio de investigación clínica. (**Nota:** No está obligado a informarnos sobre un estudio de investigación clínica en el que pretende participar, pero le animamos a que lo haga).

Si alguna información cambia, llame a Servicios para Miembros a los números que aparecen en la parte inferior de la página.

También es importante que informe a Medicaid de Rhode Island. Si hay algún cambio en la información, llame al Departamento de Servicios Humanos (DHS) al 1-855-697-4347 (TTY 711).

K1. Privacidad de la información personal de salud (PHI)

La información en su historia clínica de miembro puede incluir información personal de salud (PHI). Las leyes federales y estatales exigen que mantengamos la privacidad de su PHI. Protegemos su PHI. Para obtener más información sobre cómo lo hacemos, consulte el **Capítulo 8** de este *Manual del Miembro*.



Si tiene alguna pregunta, llame a Neighborhood INTEGRITY for Duals al 1-844-812-6896 (TTY 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes (puede dejar un mensaje de voz los sábados, domingos y días festivos federales). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

Capítulo 2: Números de teléfono y recursos importantes

Introducción

Este capítulo le brinda información de contacto para acceder a recursos importantes que pueden ayudarle a responder sus preguntas sobre nuestro plan y sus beneficios de atención médica. También puede usar este capítulo para conseguir información acerca de cómo contactarse con su administrador de la atención y cómo otros pueden actuar en su nombre. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo de este *Manual del Miembro*.

Tabla de contenido

A. Servicios para miembros	20
B. Su administrador de atención	22
C. Cómo contactar con la Línea de Asesoramiento de Enfermería	23
C1. Cuándo llamar a la Línea de Asesoramiento de Enfermería.....	24
D. Cómo comunicarse con la Línea de Crisis de Salud Conductual.....	24
D1. Cuándo llamar a la Línea de Crisis de Salud Conductual	24
E. Programa Estatal de Asistencia para el Seguro de Salud	25
F. Organización para la Mejora de la Calidad (QIO).....	26
G. Medicare.....	27
H. Medicaid de Rhode Island	28
H1. Información general sobre los programas de Medicaid	28
H2. Información sobre los servicios y apoyos a largo plazo (LTSS) de Medicaid	28
H3. Información sobre MyOptionsRI.....	29
I. Cómo contactar al Defensor de la Salud de RIPIN.....	30
J. The Alliance for Better Long-Term Care	300
K. Programas para ayudar a las personas a pagar los medicamentos	31



Si tiene alguna pregunta, llame a Neighborhood INTEGRITY for Duals al 1-844-812-6896 (TTY 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes (puede dejar un mensaje de voz los sábados, domingos y días festivos federales). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

K1. Ayuda adicional de Medicare.....	31
K2. Programa de Asistencia Farmacéutica para Adultos Mayores de Rhode Island (RIPAE).....	32
K3. Programa de asistencia para medicamentos contra el SIDA (ADAP).....	32
K4. El plan de pago de recetas de Medicare	33
L. Seguro Social.....	33
M. Railroad Retirement Board (RRB).....	34
N. Otros recursos.....	34



Si tiene alguna pregunta, llame a Neighborhood INTEGRITY for Duals al 1-844-812-6896 (TTY 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes (puede dejar un mensaje de voz los sábados, domingos y días festivos federales). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

A. Servicios para miembros

LLAME	<p>1-844-812-6896. Esta línea es gratuita.</p> <p>Del 1 de octubre al 31 de marzo, están disponibles de 8 a. m a 8 p. m, los siete días a la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8 a. m a 8 p. m de lunes a viernes (puede dejar un mensaje de voz los sábados, domingos y días festivos federales).</p> <p>Disponemos de servicios de interpretación gratuitos para personas que no hablan inglés.</p>
LÍNEA TTY	<p>711. Esta línea es gratuita.</p> <p>Del 1 de octubre al 31 de marzo, están disponibles de 8 a. m a 8 p. m, los siete días a la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8 a. m a 8 p. m de lunes a viernes (puede dejar un mensaje de voz los sábados, domingos y días festivos federales).</p>
ENVÍE UN CORREO	<p>Neighborhood Health Plan of Rhode Island</p> <p>Attn: Member Services</p> <p>910 Douglas Pike</p> <p>Smithfield, RI 02917</p>
SITIO WEB	<p>www.nhpri.org/INTEGRITYDuals</p>

Comuníquese con Servicios para miembros por lo siguiente:

- preguntas acerca del plan
- preguntas acerca de reclamaciones o facturación
- consultas por decisiones de la cobertura acerca de su atención de salud
 - Una decisión de cobertura acerca de su atención de salud es una decisión acerca de:
 - sus beneficios y servicios cubiertos, o
 - la cantidad que pagamos para sus servicios de salud.
 - Llámenos si tiene preguntas acerca de nuestra decisión de cobertura sobre su atención de salud.
 - Para saber más acerca de las decisiones de cobertura, consulte el **Capítulo 9** de este



Si tiene alguna pregunta, llame a Neighborhood INTEGRITY for Duals al 1-844-812-6896 (TTY 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes (puede dejar un mensaje de voz los sábados, domingos y días festivos federales). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

Manual del Miembro.

- una apelación acerca de su atención de salud
 - La apelación es una manera formal de pedirnos que revisemos una decisión que se tomó acerca de su cobertura y solicitarnos que la modifiquemos si usted cree que hemos cometido un error o si no está de acuerdo con la decisión.
 - Para saber más acerca del proceso de apelaciones, consulte el **Capítulo 9** de este *Manual del Miembro* o comuníquese con Servicios para Miembros.
- reclamaciones acerca de su atención de salud
 - Puede presentar una queja sobre nosotros o cualquier proveedor (incluidos los proveedores de la red y los que no pertenecen a ella). Un proveedor de la red es un proveedor que trabaja con nuestro plan. También puede presentar una queja ante nosotros o ante la Organización para la Mejora de la Calidad (Quality Improvement Organization, QIO) sobre la calidad de la atención que recibió (consulte la **Sección F**).
 - Puede llamarnos y explicar su queja al 1-844-812-6896 (TTY 711).
 - Si su queja es acerca de una decisión de cobertura acerca de su atención de salud, puede presentar una apelación (consulte la sección anterior).
 - Puede presentar una queja sobre nuestro plan ante Medicare. Puede usar un formulario en línea en www.medicare.gov/my/medicare-complaint. O bien, puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para pedir asistencia.
 - Para saber más sobre cómo hacer una queja de su atención de salud, consulte el **Capítulo 9** de este *Manual del Miembro*.
- decisiones de cobertura de sus medicamentos
 - Una decisión de cobertura de sus medicamentos puede ser sobre:
 - sus beneficios y medicamentos cubiertos ○
 - el monto que pagamos para sus medicamentos.
 - Esto aplica a sus medicamentos de la Parte D, medicamentos de Medicaid de Rhode Island y medicamentos de venta libre de Medicaid de Rhode Island.
 - Para más información sobre las decisiones de cobertura de sus



Si tiene alguna pregunta, llame a Neighborhood INTEGRITY for Duals al 1-844-812-6896 (TTY 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes (puede dejar un mensaje de voz los sábados, domingos y días festivos federales). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

medicamentos, consulte el **Capítulo 9** de este *Manual del Miembro*.

- apelaciones sobre sus medicamentos
 - La apelación es una manera de pedirnos que revisemos una decisión que se tomó acerca de su cobertura.
 - Para obtener más información sobre cómo presentar una apelación sobre sus medicamentos, consulte el **Capítulo 9** de este *Manual del Miembro*.
- quejas sobre sus medicamentos
 - Puede presentar una queja sobre nosotros o cualquier farmacia. Esto incluye quejas sobre sus medicamentos.
 - Si su queja es acerca de una decisión de cobertura sobre sus medicamentos, puede presentar una apelación. (Consulte la sección anterior).
 - Puede presentar una queja sobre nuestro plan ante Medicare. Puede usar un formulario en línea en www.medicare.gov/my/medicare-complaint o puede llamar a 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para pedir ayuda.
 - Para obtener más información sobre cómo presentar una queja sobre sus medicamentos consulte el **Capítulo 9** de este *Manual del Miembro*.
- pago por atención médica o medicamentos que ya pagó
 - Para obtener más información sobre cómo solicitar un reembolso o el pago de una factura que recibió, consulte el **Capítulo 7** de este *Manual del Miembro*.
 - Si nos solicita el pago de una factura y rechazamos alguna parte de su solicitud, puede apelar nuestra decisión. Consulte el **Capítulo 9** de este *Manual del Miembro*.

B. Su administrador de atención

Un administrador de atención es un profesional clínico (que incluye enfermeros titulados, trabajadores sociales y otros profesionales de la salud) que le ayuda a gestionar todos sus proveedores y servicios. Trabajan con su equipo de atención para asegurarse de que reciba la atención que necesita. Si lo desea, puede contar con un administrador de atención para que le ayude a coordinar su atención. Para solicitar, cambiar o contactar a un administrador de atención, llame a Servicios para Miembros.



Si tiene alguna pregunta, llame a Neighborhood INTEGRITY for Duals al 1-844-812-6896 (TTY 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes (puede dejar un mensaje de voz los sábados, domingos y días festivos federales). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

LLAME	<p>1-844-812-6896. Esta línea es gratuita</p> <p>De lunes a viernes, de 8:00 a 20:00; sábados, de 8:00 a 12:00. Los sábados por la tarde, domingo y días festivos se le puede solicitar que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil.</p> <p>Disponemos de servicios de interpretación gratuitos para personas que no hablan inglés.</p>
LÍNEA TTY	<p>711. Esta línea es gratuita</p> <p>De lunes a viernes, de 8:00 a 20:00; sábados, de 8:00 a 12:00. Los sábados por la tarde, domingo y días festivos se le puede solicitar que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil.</p>
ENVÍE UN CORREO	<p>Neighborhood Health Plan of Rhode Island</p> <p>Attn: Member Services</p> <p>910 Douglas Pike</p> <p>Smithfield, RI 02917</p>
SITIO WEB	<p>www.nhpri.org/INTEGRITYDuals</p>

Comuníquese con su administrador de atención para obtener ayuda con lo siguiente:

- Preguntas sobre su atención médica
- Preguntas sobre cómo obtener servicios de salud conductual (salud mental y trastornos por consumo de sustancias)
- Preguntas sobre transporte
- Preguntas sobre los Servicios y Apoyos a Largo Plazo (LTSS). Los miembros con necesidades de atención altas o de alto nivel, y que de otro modo necesitarían atención institucional, pueden ser elegibles para recibir LTSS en su hogar. Los LTSS son una variedad de servicios y apoyos que ayudan a los miembros mayores y con discapacidad a satisfacer sus necesidades diarias de asistencia y a mejorar su calidad de vida para que puedan vivir de forma segura en la comunidad.

C. Cómo contactar con la Línea de Asesoramiento de Enfermería

Hay una Línea de Asesoramiento de Enfermería disponible las 24 horas, los 7 días de la semana. Los enfermeros pueden ayudarle a elegir el mejor lugar para recibir atención, como su médico, centro de urgencias o sala de emergencias. También pueden responder preguntas sobre sus inquietudes de salud, preguntas sobre medicamentos y qué puede hacer en casa para cuidar su



Si tiene alguna pregunta, llame a Neighborhood INTEGRITY for Duals al 1-844-812-6896 (TTY 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes (puede dejar un mensaje de voz los sábados, domingos y días festivos federales). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

salud.

LLAME	<p>1-844-617-0563</p> <p>24 horas al día, 7 días a la semana</p> <p>Disponemos de servicios de interpretación gratuitos para personas que no hablan inglés.</p>
LÍNEA TTY	<p>711. Esta línea es gratuita.</p> <p>24 horas al día, 7 días a la semana</p>

C1. Cuándo llamar a la Línea de Asesoramiento de Enfermería

- Preguntas sobre su atención médica

D. Cómo comunicarse con la Línea de Crisis de Salud Conductual

La línea de crisis de salud conductual brinda información y apoyo en persona a los miembros que necesitan localizar y acceder a servicios de salud conductual o uso de sustancias.

LLAME	<p>1-401-443-5995. Esta línea es gratuita.</p> <p>24 horas al día, 7 días a la semana</p> <p>Disponemos de servicios de interpretación gratuitos para personas que no hablan inglés.</p>
LÍNEA TTY	<p>711. Esta línea es gratuita.</p> <p>24 horas al día, 7 días a la semana</p>

D1. Cuándo llamar a la Línea de Crisis de Salud Conductual

- Preguntas sobre los servicios de salud conductual
- Preguntas sobre los servicios para trastornos por consumo de sustancias



Si tiene alguna pregunta, llame a Neighborhood INTEGRITY for Duals al 1-844-812-6896 (TTY 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes (puede dejar un mensaje de voz los sábados, domingos y días festivos federales). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

E. Programa Estatal de Asistencia para el Seguro de Salud

El Programa Estatal de Asistencia de Seguro Médico (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) es un programa gubernamental con asesores capacitados en cada estado que ofrece ayuda, información y respuestas gratuitas a sus preguntas sobre Medicare. En Rhode Island, el SHIP es proporcionado por la Oficina para el Envejecimiento Saludable (Office of Healthy Aging, OHA).

El SHIP es un programa estatal independiente (no conectado con ninguna compañía de seguros o plan de salud) que recibe dinero del gobierno federal para brindar asesoramiento gratuito sobre seguros de salud locales a personas con Medicare.

LLAME	1-888-884-8721 De 8:30 a 16:00 horas, de lunes a viernes
LÍNEA TTY	1-401-462-0740 Este número es para personas con dificultades auditivas o del habla. Se requiere un equipo telefónico especial para llamar.
ENVÍE UN CORREO	Office of Healthy Aging Attention: SHIP Program 25 Howard Avenue, Building 57 Cranston, RI 02920
SITIO WEB	www.oha.ri.gov

Comuníquese con el programa SHIP para obtener ayuda con:

- Preguntas sobre Medicare
- Los asesores de SHIP pueden responder sus preguntas sobre cómo cambiar a un nuevo plan y ayudarlo a:
 - Entender sus derechos,
 - Comprender sus opciones de plan,



Si tiene alguna pregunta, llame a Neighborhood INTEGRITY for Duals al 1-844-812-6896 (TTY 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes (puede dejar un mensaje de voz los sábados, domingos y días festivos federales). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

- Responder preguntas sobre el cambio de planes,
- Presentar quejas sobre su atención médica o tratamiento, **y**
- Solucionar los problemas con sus facturas.

F. Organización para la Mejora de la Calidad (QIO)

Nuestro estado tiene una organización llamada Acentra Health. Es un grupo de médicos y otros profesionales de la salud que ayudan a mejorar la calidad de la atención médica para personas con Medicare. Acentra Health es una organización independiente. No está vinculada a nuestro plan.

LLAME	1-888-319-8452
LÍNEA TTY	711
ENVÍE UN CORREO	Acentra Health 5201 Oeste Kennedy Blvd., Suite 900 Tampa, Florida 33609
SITIO WEB	www.acentraqio.com

Comuníquese con Acentra Health para obtener ayuda con:

- Preguntas sobre sus derechos de atención médica
- Presentar una queja sobre la atención que recibió si:
 - tiene un problema con la calidad de la atención, como recibir la medicación equivocada, pruebas o procedimientos innecesarios o un diagnóstico erróneo,
 - cree que su estadía en el hospital terminará demasiado pronto, **o**
 - piensa que sus servicios de atención médica domiciliaria, de atención en un centro de enfermería especializada o de un centro integral de rehabilitación ambulatoria (CORF) están terminando demasiado pronto.



Si tiene alguna pregunta, llame a Neighborhood INTEGRITY for Duals al 1-844-812-6896 (TTY 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes (puede dejar un mensaje de voz los sábados, domingos y días festivos federales). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

G. Medicare

Medicare es el programa de seguro de salud federal para personas de 65 años de edad o más, algunas personas menores de 65 años con discapacidades y personas con enfermedad renal terminal (insuficiencia renal permanente que requiere diálisis o un trasplante de riñón).

La agencia federal a cargo de Medicare son los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS). Esta agencia tiene contratos con organizaciones de Medicare Advantage, incluido nuestro plan.

LLAME	1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) Llamadas a este número son gratis, 24 horas a día, 7 días una semana.
LÍNEA TTY	1-877-486-2048. Esta línea es gratis Este número es para personas con dificultades auditivas o del habla. Se requiere un equipo telefónico especial para llamar.
CHAT EN VIVO	Chatee en vivo en www.Medicare.gov/talk-to-someone
ENVÍE UN CORREO	Escriba a Medicare al apartado postal 1270, Lawrence, KS 66044
SITIO WEB	www.medicare.gov <ul style="list-style-type: none"> • Obtenga información sobre los planes de salud y medicamentos de Medicare en su área, incluidos sus costos y los servicios que brindan. • Encuentre médicos participantes de Medicare u otros proveedores y distribuidores de atención médica. • Descubra qué cubre Medicare, incluidos los servicios preventivos (como exámenes de detección, vacunas o inyecciones y visitas anuales de “bienestar”). • Obtenga información y formularios de apelaciones de Medicare. • Obtenga información sobre la calidad de la atención brindada por planes, hogares de ancianos, hospitales, médicos, agencias de atención médica domiciliaria, centros de diálisis, centros de cuidados paliativos, centros de rehabilitación para pacientes hospitalizados y hospitales de atención a largo plazo. • Busque sitios web y números de teléfono útiles.



Si tiene alguna pregunta, llame a Neighborhood INTEGRITY for Duals al 1-844-812-6896 (TTY 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes (puede dejar un mensaje de voz los sábados, domingos y días festivos federales). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

	Para presentar una queja ante Medicare, visite www.medicare.gov/my/medicare-complaint . Medicare toma sus quejas muy en serio y utilizará esta información para ayudar a mejorar la calidad del programa.
--	---

H. Medicaid de Rhode Island

Medicaid de Rhode Island ayuda con servicios médicos y de largo plazo y apoya los costos para personas con ingresos y recursos limitados.

Usted está inscrito en Medicare y Medicaid. Si tiene preguntas sobre la ayuda que recibe de Medicaid, llame al Departamento de Servicios Humanos (DHS).

H1. Información general sobre los programas de Medicaid

LLAME	1-855-697-4347 De 8:30 a. m. a 3:30 p. m., de lunes a viernes
LÍNEA TTY	711
ENVÍE UN CORREO	Rhode Island DHS P.O. Box 8709 Cranston, RI 02920
SITIO WEB	www.dhs.ri.gov

H2. Información sobre los servicios y apoyos a largo plazo (LTSS) de Medicaid

Los LTSS abarcan una variedad de servicios diseñados para satisfacer las necesidades de salud y de cuidado personal. Estos servicios ayudan a las personas a vivir de la forma más independiente y segura posible cuando ya no pueden realizar sus actividades cotidianas por sí solas.

LLAME	1-401-574-8474 De 8:30 a. m. a 3:00 p. m., de lunes a viernes
LÍNEA TTY	711



Si tiene alguna pregunta, llame a Neighborhood INTEGRITY for Duals al 1-844-812-6896 (TTY 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes (puede dejar un mensaje de voz los sábados, domingos y días festivos federales). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

ENVÍE UN CORREO	DHS LTSS P.O. Box 8709 Cranston, RI 02920
CORREO ELECTRÓNICO	dhs.ltss@dhs.ri.gov
SITIO WEB	www.dhs.ri.gov
FAX	1-401-574-9915

H3. Información sobre MyOptionsRI

MyOptionsRI le conecta con los servicios y el apoyo que podría necesitar para vivir de forma independiente, donde usted elija. El Centro de Recursos para el Envejecimiento y la Discapacidad (Aging and Disability Resource Center, ADRC) de Rhode Island ofrece asesoramiento personalizado para ayudar a los residentes de Rhode Island a comprender las opciones de servicios y apoyo a largo plazo. Hay muchos servicios disponibles en todo el estado. Le conectan con los servicios que necesita y le explican las alternativas. Este servicio es gratuito y confidencial.

LLAME	1-401-462-4444 De 8:30 a. m. a 5:00 p. m., de lunes a viernes
LÍNEA TTY	711
SITIO WEB	www.myoptions.ri.gov

MyOptionsRI puede proporcionar información útil y asistencia con respecto a:

- Atención domiciliaria y comunitaria
- Recursos para cuidadores y sus familias
- Asistencia con la planificación de la memoria y el cuidado cognitivo
- Acceso a programas de asistencia pública como Medicare y Medicaid, SNAP, asistencia para calefacción y servicios públicos
- Información sobre otros recursos útiles en la comunidad.



Si tiene alguna pregunta, llame a Neighborhood INTEGRITY for Duals al 1-844-812-6896 (TTY 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes (puede dejar un mensaje de voz los sábados, domingos y días festivos federales). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

I. Cómo contactar al Defensor de la Salud de RIPIN

El Defensor de la Salud de RIPIN trabaja como su defensor. Puede responder preguntas si tiene un problema o una queja y ayudarlo a entender qué hacer. El Defensor de la Salud de RIPIN también ayuda a las personas inscritas en Neighborhood INTEGRITY for Duals con problemas de servicio o facturación. No está vinculado con nuestro plan ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud. Sus servicios son gratuitos.

LLAME	1-855-747-3224 De 8:00 a. m. a 5:00 p. m., de lunes a viernes
LÍNEA TTY	711
ENVÍE UN CORREO	300 Jefferson Boulevard Suite 300 Warwick, RI 02888
CORREO ELECTRÓNICO	HealthcareAdvocate@ripin.org
SITIO WEB	www.ripin.org/services/

J. The Alliance for Better Long-Term Care

The Alliance for Better Long-Term Care ayuda a las personas a obtener información sobre enfermería casas y resolver problemas entre residencias de ancianos y residentes o sus familias.

The Alliance for Better Long-Term Care no está conectada con nuestro plan ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud.

LLAME	1-401-785-3340 o 1-888-351-0808 De 9:00 a. m. a 4:30 p. m., de lunes a viernes
LÍNEA TTY	711



Si tiene alguna pregunta, llame a Neighborhood INTEGRITY for Duals al 1-844-812-6896 (TTY 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes (puede dejar un mensaje de voz los sábados, domingos y días festivos federales). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

ENVÍE UN CORREO	422 Post Road Suite 204 Warwick, RI 02888
SITIO WEB	www.alliancebltc.org

K. Programas para ayudar a las personas a pagar los medicamentos

El sitio web de Medicare (www.medicare.gov/basics/costs/help/drug-costs) ofrece información sobre cómo reducir el costo de sus medicamentos. Para las personas con ingresos limitados, también existen otros programas de ayuda, como se describe a continuación.

K1. Ayuda adicional de Medicare

Dado que usted es elegible para Medicaid, califica y recibirá la "Ayuda Adicional" de Medicare para pagar los costos de su plan de medicamentos. No necesita hacer nada para obtener esta "Ayuda Adicional".

LLAME	1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) Las llamadas a este número son gratuitas, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
LÍNEA TTY	1-877-486-2048. Esta línea es gratuita. Este número es para personas con dificultades auditivas o del habla. Se requiere un equipo telefónico especial para llamar.
SITIO WEB	www.medicare.gov

Si cree que está pagando un monto incorrecto por su receta en una farmacia, nuestro plan cuenta con un proceso para ayudarle a obtener evidencia de su copago correcto. Si ya tiene evidencia del monto correcto, podemos ayudarle a compartirla con nosotros. Comuníquese con Servicios para Miembros para obtener más información sobre cómo obtener la mejor evidencia disponible y cómo compartirla con nosotros.



Si tiene alguna pregunta, llame a Neighborhood INTEGRITY for Duals al 1-844-812-6896 (TTY 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes (puede dejar un mensaje de voz los sábados, domingos y días festivos federales). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

Cuando obtengamos la evidencia que demuestre el nivel correcto de copago, actualizaremos nuestro sistema para que pueda pagar la cantidad correcta de copago cuando obtenga su próxima receta. Si paga de más, le reembolsaremos con cheque. Si la farmacia no cobró su copago y tiene una deuda con ella, podríamos realizar el pago directamente a la farmacia. Si un estado pagó en su nombre, podríamos realizar el pago directamente al estado. Si tiene alguna pregunta, llame a Servicios para Miembros al número que aparece al final de la página y seleccione la opción Farmacia.

K2. Programa de Asistencia Farmacéutica para Adultos Mayores de Rhode Island (RIPAE)

El programa de Asistencia Farmacéutica para Adultos Mayores de Rhode Island (Rhode Island Pharmaceutical Assistance to Elders, RIPAE) ayuda a algunas personas a pagar sus medicamentos según su necesidad económica, edad, condición médica o discapacidad. El RIPAE cubre una parte del costo de los medicamentos aprobados por ellos durante la etapa de deducible de un plan de la Parte D y ayuda si el plan de la Parte D de una persona no cubre un medicamento, siempre que sea un medicamento aprobado.

LLAME	1-401-462-0560 De 8:30 a. m. a 4:30 p. m., de lunes a viernes
LÍNEA TTY	711
SITIO WEB	www.oha.ri.gov

K3. Programa de asistencia para medicamentos contra el SIDA (ADAP)

El Programa de asistencia para medicamentos contra el SIDA (AIDS Drug Assistance Program, ADAP) ayuda a las personas con VIH/SIDA que cumplen los requisitos para acceder a medicamentos vitales contra el VIH. Los medicamentos de la Parte D de Medicare que también están en el formulario de ADAP califican para recibir ayuda con el costo compartido de medicamentos recetados a través del programa Ryan White contra el VIH/SIDA.

Nota: Para ser elegible para el ADAP en su estado, las personas deben cumplir ciertos criterios, como comprobante de residencia en el estado y estado de VIH, bajos ingresos (según la definición estatal) y estar sin seguro médico o con seguro insuficiente. Si cambia de plan, notifique a su asesor local de inscripción del ADAP para que pueda seguir recibiendo asistencia. Para



Si tiene alguna pregunta, llame a Neighborhood INTEGRITY for Duals al 1-844-812-6896 (TTY 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes (puede dejar un mensaje de voz los sábados, domingos y días festivos federales). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame al 1-401-462-3295.

K4. El plan de pago de recetas de Medicare

El plan de pago de recetas de Medicare es una opción de pago que funciona con su cobertura de medicamentos actual para ayudarlo a administrar sus costos de desembolso personal por medicamentos cubiertos por nuestro plan al distribuirlos a lo largo del año calendario (enero-diciembre). Cualquier persona con un plan de medicamentos de Medicare o un plan de salud de Medicare con cobertura de medicamentos (como un plan Medicare Advantage con cobertura de medicamentos) puede usar esta opción de pago. **Esta opción de pago puede ayudarlo a administrar sus gastos, pero no le ahorra dinero ni reduce sus costos de medicamentos. Si participa en el plan de pago de recetas de Medicare y permanece en el mismo plan, no necesita hacer nada para continuar con esta opción.** La “Ayuda Adicional” de Medicare y la ayuda de su RIPAE y ADAP, para aquellos que califican, es más ventajosa que la participación en esta opción de pago, sin importar su nivel de ingresos, y los planes con cobertura de medicamentos deben ofrecer esta opción de pago. Para obtener más información sobre esta opción de pago, llame a Servicios para Miembros al número de teléfono que aparece en la parte inferior de la página o visite www.Medicare.gov.

L. Seguro Social

El Seguro Social determina la elegibilidad de Medicare y maneja la inscripción a Medicare.

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

LLAME	<p>1-800-772-1213</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas.</p> <p>Disponible de 8:00 a. m. a 7:00 p. m., de lunes a viernes.</p> <p>Puede utilizar sus servicios telefónicos automatizados para obtener información grabada y realizar algunos negocios las 24 horas del día.</p>
LÍNEA TTY	<p>1-800-325-0778</p> <p>Este número es para personas con dificultades auditivas o del habla. Se requiere un equipo telefónico especial para llamar.</p>



Si tiene alguna pregunta, llame a Neighborhood INTEGRITY for Duals al 1-844-812-6896 (TTY 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes (puede dejar un mensaje de voz los sábados, domingos y días festivos federales). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

SITIO WEB	www.ssa.gov
------------------	--

M. Railroad Retirement Board (RRB)

La RRB es una agencia federal independiente que administra programas integrales de beneficios para los trabajadores ferroviarios del país y sus familias. Si recibe Medicare a través de la RRB, infórmeles si se muda o cambia su dirección postal. Si tiene preguntas sobre sus beneficios de la RRB, comuníquese con la agencia.

LLAME	<p>1-877-772-5772</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas.</p> <p>Presione “0” para hablar con un representante de RRB de 9 a. m. a 3:30 p. m., los lunes, martes, jueves y viernes, y de 9 a. m. a 12 p. m., los miércoles.</p> <p>Presione “1” para acceder a la línea de ayuda automatizada de RRB y obtener información grabada las 24 horas del día, incluidos fines de semana y feriados.</p>
LÍNEA TTY	<p>1-312-751-4701</p> <p>Este número es para personas con dificultades auditivas o del habla. Se requiere un equipo telefónico especial para llamar.</p> <p>Las llamadas a este número no son gratuitas.</p>
SITIO WEB	www.rrb.gov

N. Otros recursos

La **Oficina de Envejecimiento Saludable de Rhode Island** proporciona información a personas mayores, familias y cuidadores de Rhode Island. Algunos programas y servicios incluyen, entre otros, administración de casos, asistencia para calefacción, asistencia legal, servicios y apoyos a



Si tiene alguna pregunta, llame a Neighborhood INTEGRITY for Duals al 1-844-812-6896 (TTY 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes (puede dejar un mensaje de voz los sábados, domingos y días festivos federales). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

largo plazo (LTSS) de Medicaid de Rhode Island y denuncias de abuso a personas mayores.

LLAME	1-401-462-3000 De 8:30 a 16:00 horas, de lunes a viernes
LÍNEA TTY	1-401-462-0740 Este número es para personas con dificultades auditivas o del habla. Se requiere un equipo telefónico especial para llamar.
ENVÍE UN CORREO	Office of Healthy Aging 25 Howard Ave, Building 57 Cranston, RI 02920
SITIO WEB	http://www.oha.ri.gov/

La **línea de información del Departamento de Servicios Humanos (Department of Human Services, DHS)** proporciona información general sobre el Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (Supplemental Nutrition Assistance Program, SNAP), Asistencia Pública General (General Public Assistance, GPA) y otros programas de la agencia.

LLAME	1-855-697-4347
LÍNEA TTY	711
SITIO WEB	https://dhs.ri.gov/about-us/contact-us

Crossroads Rhode Island Ofrece información sobre viviendas asequibles para familias e individuos, educación y servicios de empleo, además de un servicio de emergencia las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

LLAME	1-401-521-2255
LÍNEA TTY	711
ENVÍE UN CORREO	Crossroads Rhode Island 160 Broad Street



Si tiene alguna pregunta, llame a Neighborhood INTEGRITY for Duals al 1-844-812-6896 (TTY 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes (puede dejar un mensaje de voz los sábados, domingos y días festivos federales). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

	Providence, RI 02903
SITIO WEB	www.crossroadsri.org

Rhode Island Disability Law Center Inc. (RIDLC) es una oficina de abogados independiente sin fines de lucro designada como el Sistema Federal de Protección y Defensa de Rhode Island. Brindan asistencia legal gratuita a personas con discapacidad.

LLAME	1-401-831-3150
LÍNEA TTY	711
ENVÍE UN CORREO	Rhode Island Disability Law Center Inc. 33 Broad Street, Suite 601 Providence, RI 02903
SITIO WEB	www.drri.org

United Way of Rhode Island proporciona información gratuita y confidencial acerca de asistencia con necesidades de servicios humanos como vivienda, alimentación y cuidado de niños.

LLAME	211 o 1-401-444-0600
LÍNEA TTY	711
ENVÍE UN CORREO	United Way of Rhode Island 50 Valley Street Providence, RI 02909
SITIO WEB	www.uwri.org



Si tiene alguna pregunta, llame a Neighborhood INTEGRITY for Duals al 1-844-812-6896 (TTY 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes (puede dejar un mensaje de voz los sábados, domingos y días festivos federales). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

Capítulo 3: Cómo utilizar la cobertura del plan para su atención médica

Introducción

Este capítulo contiene términos y reglas específicos que necesita conocer para obtener atención médica y otros servicios cubiertos con nuestro plan. También le informa sobre su administrador de atención y cómo obtener atención de diferentes tipos de proveedores y bajo ciertas circunstancias especiales (incluidos Proveedores o farmacias fuera de la red, qué hacer si se le factura directamente por servicios que cubrimos y las normas para la posesión de equipo médico duradero [EMD]). Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo de este *Manual del Miembro*.

Tabla de contenido

A. Información sobre los servicios y proveedores	39
B. Reglas para recibir los servicios que cubre nuestro plan	39
C. Su administrador de atención	41
C1. ¿Qué es un administrador de atención?	41
C2. Cómo contactar a su administrador de atención	41
C3. Cómo cambiar de administrador de atención	41
D. Atención de proveedores	41
D1. Atención de un proveedor de atención primaria	41
D2. Atención de especialistas y otros proveedores de la red	43
D3. Cuando un proveedor abandona nuestro plan	43
D4. Proveedores fuera de la red	44
E. Servicios y apoyos a largo plazo (LTSS)	45
F. Servicios de salud conductual (salud mental y trastornos por consumo de sustancias)	46
G. Cómo obtener atención autodirigida	46



Si tiene alguna pregunta, llame a Neighborhood INTEGRITY for Duals al 1-844-812-6896 (TTY 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes (puede dejar un mensaje de voz los sábados, domingos y días festivos federales). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

G1. ¿Qué es la atención autodirigida?	46
G2. ¿Quién puede recibir atención autodirigida?	46
H. Servicios de transporte.....	46
I. Servicios cubiertos en caso de emergencia médica, cuando se necesitan con urgencia o durante un desastre.	47
I1. Atención en una emergencia médica.....	47
I2. Atención urgente	49
I3. Atención durante un desastre	50
J. ¿Qué sucede si le facturan directamente los servicios cubiertos?	50
J1. Qué hacer si nuestro plan no cubre los servicios	50
K. Cobertura de servicios de atención de salud en un estudio de investigación clínica	51
K1. Definición de un estudio de investigación clínica.....	51
K2. Pago por servicios cuando participa en un estudio de investigación clínica.....	51
K3. Más información sobre estudios de investigación clínica	52
L. Cómo se cubren sus servicios de atención médica en una institución religiosa de atención no médica.....	52
L1. Definición de institución religiosa de atención no médica	52
L2. Atención en una institución religiosa no médica.....	52
M. Equipo Médico Duradero (DME).....	53
M1. DME como miembro de nuestro plan	53
M2. Propiedad de DME si se cambia a Medicare Original.....	54
M3. Beneficios del equipo de oxígeno como miembro de nuestro plan	54
M4. Equipo de oxígeno al cambiarse a Medicare Original u otro plan Medicare Advantage (MA)	54



Si tiene alguna pregunta, llame a Neighborhood INTEGRITY for Duals al 1-844-812-6896 (TTY 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes (puede dejar un mensaje de voz los sábados, domingos y días festivos federales). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

A. Información sobre los servicios y proveedores

Los **servicios** incluyen atención médica, servicios y apoyos a largo plazo (LTSS), suministros, servicios de salud conductual y medicamentos recetados y de venta libre, equipos y otros servicios. Los **servicios cubiertos** son aquellos servicios por los que nuestro plan paga. La atención médica, la salud conductual y los apoyos a largo plazo (LTSS) cubiertos se detallan en el **Capítulo 4** de este *Manual del Miembro*. Los servicios cubiertos para medicamentos con y sin receta se detallan en el **Capítulo 5** de este *Manual del Miembro*.

Los **proveedores** son médicos, enfermeros y otras personas que le brindan servicios y atención, y que cuentan con licencia estatal. Los proveedores también incluyen hospitales, agencias de atención médica a domicilio, clínicas y otros lugares que brindan servicios de atención médica, servicios de salud conductual, equipo médico y ciertos servicios de apoyo a largo plazo (LTSS).

Los **proveedores de la red** son aquellos que trabajan con nuestro plan. Estos proveedores aceptan nuestro pago como pago total. Hemos acordado con ellos la prestación de los servicios cubiertos. Los proveedores de la red nos facturan directamente por la atención que le brindan a usted. Cuando utiliza un proveedor de la red, generalmente no debe pagar nada por los servicios cubiertos.

B. Reglas para recibir los servicios que cubre nuestro plan

Nuestro plan cubre todos los servicios cubiertos por Medicare y Medicaid de Rhode Island. Esto incluye los servicios de salud mental y LTSS. Sin embargo, ciertos beneficios de Medicaid seguirán estando cubiertos por Medicaid de Rhode Island, como sus servicios dentales de rutina y transporte médico que no sea de emergencia. Podemos ayudarle a acceder a estos servicios.

Nuestro plan generalmente cubre los servicios de atención médica, salud conductual y LTSS que reciba si cumple con nuestras reglas. Para estar cubierto por nuestro plan:

- La atención que reciba debe estar incluida en nuestra Tabla de Beneficios Médicos del **Capítulo 4** de este *Manual del Miembro*.
- La atención debe ser **médicamente necesaria**. Por “médicamente necesaria” entendemos que usted necesita servicios para prevenir, diagnosticar o tratar su afección, o para mantener su estado actual de salud. Esto incluye atención que le ayuda a evitar una hospitalización o el ingreso a un centro de cuidados para adultos mayores. También significa que los servicios, suministros o medicamentos cumplen con los estándares aceptados de la práctica médica.



Si tiene alguna pregunta, llame a Neighborhood INTEGRITY for Duals al 1-844-812-6896 (TTY 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes (puede dejar un mensaje de voz los sábados, domingos y días festivos federales). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

- Para recibir servicios médicos, debe contar con un **proveedor de atención primaria (PCP)** de la red que le brinde y supervise su atención. Como miembro del plan, debe elegir un proveedor de la red como su PCP (para obtener más información, consulte la **Sección D1** de este capítulo).
 - No necesita una derivación de su PCP para recibir atención de emergencia o urgencia, ni para acudir a un profesional de la salud de la mujer. Puede obtener otros tipos de atención sin necesidad de una derivación de su PCP (para más información, consulte la **Sección D1** de este capítulo).
- **Debe recibir su atención de proveedores de la red** (para más información, consulte la **Sección D** de este capítulo). Por lo general, no cubrimos la atención de un proveedor que no trabaje con nuestro plan de salud. Esto significa que tendrá que pagar al proveedor la totalidad de los servicios que reciba. Estos son algunos casos en los que esta regla no aplica:
 - Cubrimos atención de emergencia o de urgencia de un proveedor fuera de la red (para obtener más información, consulte la **Sección I** de este capítulo).
 - Si necesita atención que cubre nuestro plan y nuestros proveedores de la red no pueden brindársela, puede obtenerla de un proveedor fuera de la red. Debe obtener la autorización de nuestro plan antes de buscarla. En este caso, cubrimos la atención como si la recibiera de un proveedor de la red. Para obtener información sobre cómo obtener la aprobación para usar un proveedor fuera de la red, consulte la **Sección D4** de este capítulo.
 - Cubrimos los servicios de diálisis renal cuando se encuentre fuera del área de servicio de nuestro plan por un período breve o cuando su proveedor no esté disponible o no sea accesible temporalmente. Si es posible, llame a Servicios para Miembros al número que aparece al final de la página antes de salir del área de servicio para que podamos ayudarle a coordinar su diálisis de mantenimiento mientras está fuera.
 - Durante al menos los primeros 180 días de su inscripción en nuestro plan, podrá seguir utilizando a sus proveedores actuales, sin costo alguno, si no forman parte de nuestra red. Esto se conoce como período de continuidad de la atención (continuity of care, COC). Durante los primeros 180 días que esté inscrito en nuestro plan, el administrador de atención se pondrá en contacto con usted para ayudarle a encontrar proveedores en nuestra red. Una vez finalizado el período de COC, dejaremos de cubrir su atención si continúa utilizando proveedores fuera de la red.



Si tiene alguna pregunta, llame a Neighborhood INTEGRITY for Duals al 1-844-812-6896 (TTY 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes (puede dejar un mensaje de voz los sábados, domingos y días festivos federales). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

C. Su administrador de atención

C1. ¿Qué es un administrador de atención?

- Un administrador de atención es un médico (ya sea un enfermero registrado [Registered Nurse, RN] o un trabajador social) que le ayuda a administrar todos sus proveedores y servicios. Ellos trabajan junto con su equipo de atención para asegurarse de que reciba la atención que necesita.

C2. Cómo contactar a su administrador de atención

- El número directo de su administrador de atención aparecerá en su plan de atención, debajo de la información del equipo de atención.
- También puede contactar a su administrador de atención médica llamando a Servicios para Miembros y solicitando hablar con él al 1-844-812-6896 (TTY 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes (puede dejar un mensaje de voz los sábados, domingos y días festivos federales). Le devolveremos la llamada el siguiente día hábil. Esta llamada es gratuita.

C3. Cómo cambiar de administrador de atención

- Puede solicitar un cambio de administrador de atención llamando a Servicios para Miembros al 1-844-812-6896 (TTY 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes (puede dejar un mensaje de voz los sábados, domingos y días festivos federales). Le devolveremos la llamada el siguiente día hábil. Esta llamada es gratuita.

D. Atención de proveedores

D1. Atención de un proveedor de atención primaria

Debe elegir un médico de atención primaria (Primary Care Provider, PCP) para que le proporcione y gestione su atención médica.



Si tiene alguna pregunta, llame a Neighborhood INTEGRITY for Duals al 1-844-812-6896 (TTY 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes (puede dejar un mensaje de voz los sábados, domingos y días festivos federales). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

Definición de un PCP y qué hace por usted

Su PCP es su proveedor principal y será responsable de proporcionarle muchos de sus servicios preventivos y de atención primaria. Su PCP formará parte de su equipo de atención médica. Su PCP le ayudará a:

- Desarrollar su plan de atención;
- Determinar sus necesidades de atención;
- Recomendar o solicitar muchos de los servicios y artículos que necesita;
- Obtener las autorizaciones previas de su Equipo de Atención o de Neighborhood INTEGRITY for Duals según sea necesario; y
- Coordinar su atención.

Su PCP puede ser uno de los siguientes proveedores, o bajo ciertas circunstancias, incluso un especialista:

- Medicina familiar;
- Medicina interna;
- Medicina general;
- Geriatría;
- Ginecología;
- Enfermero Practicante Certificado (Certified Nurse Practitioner, CNP);
- Médico Asistente (Physician Assistant, PA);
- Partera certificada

No puede elegir una clínica (RHC o FQHC) como su médico de cabecera, pero si el proveedor que seleccione trabaja en una clínica y cumple con los criterios, ese proveedor sí puede ser su proveedor de atención primaria.

Su elección de PCP

Puede elegir cualquier proveedor de atención primaria de nuestra red. Encontrará una lista de los médicos participantes en nuestro sitio web: www.nhpri.org/INTEGRITYDuals. Comuníquese con Servicios para Miembros llamando al 1-844-812-6896. (TTY 711) si necesita ayuda para encontrar un PCP participante en su área. Si no elige un PCP, le asignaremos uno.

Si ya eligió un PCP y ese proveedor no se encuentra en su tarjeta de identificación de miembro,



Si tiene alguna pregunta, llame a Neighborhood INTEGRITY for Duals al 1-844-812-6896 (TTY 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes (puede dejar un mensaje de voz los sábados, domingos y días festivos federales). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

puede comunicarse con Servicios para Miembros para solicitar que se modifique llamando al 1-844-812-6896 (TTY 711).

Opción para cambiar su PCP

Puede cambiar de proveedor de atención primaria por cualquier motivo y en cualquier momento. También es posible que su PCP deje de pertenecer a nuestra red. Si su PCP abandona nuestra red, podemos ayudarle a encontrar un nuevo médico que sí pertenezca a ella.

Si desea cambiar de PCP, llame a Servicios para Miembros al 1-844-812-6896 (TTY 711). Actualizaremos su PCP de inmediato y le enviaremos por correo una nueva tarjeta de identificación de miembro.

D2. Atención de especialistas y otros proveedores de la red

Un especialista es un médico que brinda atención médica para una enfermedad o parte del cuerpo específica. Existen muchos tipos de especialistas, como por ejemplo:

- Oncólogos, que atienden pacientes con cáncer.
- Cardiólogos, que atienden pacientes con problemas del corazón.
- Ortopedistas, que atienden pacientes con problemas en los huesos, articulaciones o músculos.

Después de ver a un especialista, es posible que le soliciten otros servicios o medicamentos que pueden requerir una autorización previa. Esto significa que debe conseguir la aprobación de Neighborhood antes de obtener un servicio o medicamento específico, o consultar con un proveedor fuera de la red. Por lo general, su proveedor le enviará a Neighborhood una carta o formulario explicando la necesidad del servicio o medicamento. Para obtener más información, consulte la Tabla de Beneficios en el **Capítulo 4, Sección D**.

La selección del PCP no lo limita a especialistas u hospitales específicos. Si necesita asistencia para encontrar un especialista, puede preguntarle a su PCP o visitar nuestro sitio web www.nhpri.org/INTEGRITYDuals para consultar nuestro *Directorio de Proveedores y Farmacias*. Si necesita ayuda, también puede llamar a Servicios para Miembros al 1-844-812-6896 (TTY 711).

D3. Cuando un proveedor abandona nuestro plan

Un proveedor de la red que usted utiliza podría dejar de formar parte de nuestro plan. Si uno de sus proveedores deja de formar parte de nuestro plan, usted tiene los siguientes derechos y protecciones:

- Aunque nuestra red de proveedores cambie durante el año, debemos garantizarle acceso ininterrumpido a proveedores calificados.
- Le notificaremos que su proveedor dejará de formar parte de nuestro plan para que tenga



Si tiene alguna pregunta, llame a Neighborhood INTEGRITY for Duals al 1-844-812-6896 (TTY 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes (puede dejar un mensaje de voz los sábados, domingos y días festivos federales). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

tiempo de elegir un nuevo proveedor.

- Si su PCP o proveedor de salud conductual abandona nuestro plan y usted lo visitó en los últimos tres años, le notificaremos.
- Si alguno de sus otros proveedores abandona nuestro plan, le notificaremos si está asignado a este proveedor, actualmente recibe atención de a él, o lo visitó en los últimos tres meses.
- Le ayudaremos a elegir un nuevo proveedor calificado dentro de la red para que continúe atendiendo sus necesidades de atención médica.
- Si actualmente está recibiendo tratamiento médico o terapias con su proveedor actual, tiene derecho a solicitar que se le continúe brindando el tratamiento o las terapias médicamente necesarias. Colaboraremos con usted para que pueda seguir recibiendo atención.
- Le daremos información sobre los períodos de inscripción y opciones disponibles para cambiar de plan.
- Si no podemos encontrar un especialista de red calificado accesible para usted, debemos coordinar la atención con un especialista fuera de la red. a proporcionar su cuidado cuando un dentro de la red proveedor cuando un proveedor o beneficio dentro de la red no esté disponible o sea insuficiente para satisfacer sus necesidades médicas. El especialista fuera de la red debe presentar una autorización previa y obtener la aprobación de Neighborhood antes de que usted reciba el servicio.
- Si descubre que uno de sus proveedores dejará nuestro plan, contáctenos. Podemos ayudarle a elegir un nuevo proveedor para que administre su atención.
- Si considera que no hemos reemplazado su proveedor anterior con un proveedor calificado o que no estamos administrando bien su atención, tiene derecho a presentar una queja sobre la calidad de la atención ante la Organización para la Mejora de la Calidad (QIO), una queja sobre la calidad de la atención o ambas. (Consulte al **Capítulo 9, Sección D** para obtener información sobre presentación de quejas y apelaciones).

D4. Proveedores fuera de la red

Si un proveedor no está en nuestra red, usted o su proveedor serán responsables de contactarnos para obtener la autorización para su consulta fuera de la red. Nuestro equipo de profesionales de la salud revisará todas las solicitudes de autorizaciones previas. La aprobación puede estar sujeta a ciertas limitaciones, como el número de visitas. Si los servicios están disponibles dentro de la red de nuestro plan, su solicitud podría ser denegada. Siempre tiene derecho a apelar. Como se menciona en la Sección B, puede recibir atención de un proveedor fuera de la red para emergencias o urgencias, servicios de diálisis renal, servicios de planificación familiar y los



Si tiene alguna pregunta, llame a Neighborhood INTEGRITY for Duals al 1-844-812-6896 (TTY 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes (puede dejar un mensaje de voz los sábados, domingos y días festivos federales). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

servicios que pudiera recibir de su proveedor anterior hasta por 180 días a partir de su inscripción en nuestro plan.

Si utiliza un proveedor fuera de la red, el proveedor debe ser elegible para participar en Medicare y/o Medicaid de Rhode Island.

- No podemos pagar a un proveedor que no sea elegible para participar en Medicare y/o Medicaid de Rhode Island.
- Si utiliza un proveedor que no es elegible para participar en Medicare, deberá pagar el costo total de los servicios que reciba.
- Los proveedores deben informarle si no son elegibles para participar en Medicare y/o Medicaid.

E. Servicios y apoyos a largo plazo (LTSS)

Los servicios y apoyos a largo plazo (LTSS) son beneficios que pueden ayudarlo con las tareas cotidianas, como bañarse, vestirse, hacer las compras, lavar ropa y tomar su medicación. La mayoría de estos servicios se brindan en su hogar, pero también podrían brindarse en un centro como una residencia asistida o un hogar de ancianos. Como miembro de Neighborhood INTEGRITY for Duals, recibirá una evaluación para determinar sus necesidades de LTSS. Los beneficios de LTSS están disponibles si califica para ellos y si cumple con los requisitos de atención a largo plazo de Medicaid de Rhode Island. Si necesita estos servicios, se incluirán en su plan de atención, que usted ayuda a crear con su equipo de atención.

Los servicios disponibles incluyen:

- Servicios de asistencia domiciliar/auxiliar de enfermería
- Comidas a domicilio
- Compañía para personas mayores
- Vivienda asistida
- Servicios de cuidado personal
- Cuidado autodirigido

Si necesita ayuda para obtener estos servicios, comuníquese con su administrador de atención, quien lo ayudará a determinar si cumple con los requisitos para recibir atención a largo plazo de Medicaid en Rhode Island. Para comunicarse con su administrador de atención, llame a Servicios para Miembros al 1-844-812-6896 (TTY 711).



Si tiene alguna pregunta, llame a Neighborhood INTEGRITY for Duals al 1-844-812-6896 (TTY 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes (puede dejar un mensaje de voz los sábados, domingos y días festivos federales). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

F. Servicios de salud conductual (salud mental y trastornos por consumo de sustancias)

Los servicios de salud mental y para el tratamiento de trastornos por consumo de sustancias se denominan servicios de salud conductual. Los servicios de salud conductual están disponibles para todos los miembros de Neighborhood INTEGRITY for Duals.

Se le realizará una evaluación para determinar cualquier necesidad de la salud conductual. Si necesita estos servicios, se incluirán en su plan de atención, que usted ayuda a crear con su equipo de atención.

Si tiene alguna pregunta, problema o crisis en relación con su salud conductual, llame al 1-401-443-5995, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los miembros TTY deben llamar al 711. Esta llamada es gratis. Tenemos gratis servicios de interpretación para personas que no hablen inglés.

G. Cómo obtener atención autodirigida

G1. ¿Qué es la atención autodirigida?

- La atención autodirigida es la opción de contratar a sus propios asistentes de cuidado personal (personal care attendants, PCA).

G2. ¿Quién puede recibir atención autodirigida?

- Los miembros que reúnen los requisitos para recibir servicios y apoyos a largo plazo (LTSS) tienen la opción de recibir atención autodirigida. Para participar en este programa, llame a su administrador de atención al 1-844-812-6896 (TTY 711).
- Si elige participar en la atención autodirigida, usted o su designado serán responsables del reclutamiento, contratación, programación, capacitación, y si es necesario, de despedir a su PCA. La autodirección de los servicios de PCA es voluntaria. Los miembros deciden hasta qué punto desean autodirigirse.

H. Servicios de transporte

Podría ser elegible para un pase de autobús RIPTA con tarifa reducida. Para obtenerlo, visite la Oficina de Identificación de RIPTA en One Kennedy Plaza, Providence, RI 02903 o la Oficina de Atención al Cliente de RIPTA, en 705 Olmo Avenue, Providence, RI 02907. Llame a RIPTA al 1-401-784-9500 para obtener más información o visite <https://www.ripta.com/reducedfare/>.



Si tiene alguna pregunta, llame a Neighborhood INTEGRITY for Duals al 1-844-812-6896 (TTY 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes (puede dejar un mensaje de voz los sábados, domingos y días festivos federales). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

Si no puede usar un pase de autobús RIPTA, Medicaid de Rhode Island cubre los servicios de transporte médico que no sea de emergencia (non-emergency medical transportation, NEMT) para citas médicas, dentales u otras consultas relacionadas con la salud. Si necesita NEMT de rutina, llame al 1-855-330-9131 (TTY 711), de 5:00 a. m. a 6:00 p. m., de lunes a viernes, o al número de teléfono de Servicios para Miembros del Neighborhood INTEGRITY for Duals al 1-844-812-6896 (TTY 711). **Al programar su NEMT, use su tarjeta de identificación de Medicaid de Rhode Island (“ancla”).**

Puede solicitar transporte para atención de urgencia las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Programe el transporte para atención no urgente **al menos** 48 horas antes de su cita.

Llame para programar el:	Si necesita transporte el:
Lunes	Miércoles
Martes	Jueves
Miércoles	Viernes, sábado, o domingo
Jueves	Lunes
Viernes	Martes

En casos de una emergencia, debe llamar al 911 para transporte de emergencia y acudir a la sala de emergencias más cercana.

I. Servicios cubiertos en caso de emergencia médica, cuando se necesitan con urgencia o durante un desastre.

I1. Atención en una emergencia médica

Una emergencia médica es una afección con síntomas como enfermedad, dolor intenso, lesión grave o una condición médica que empeora rápidamente. La afección es tan grave que, si no recibe atención médica inmediata, usted o cualquier persona con conocimientos promedio de salud y medicina podría sufrir lo siguiente:

- un grave riesgo para su vida y, si está embarazada, la pérdida del bebé; o
- la pérdida o el daño grave de funciones corporales; o
- la pérdida de una extremidad o de su función; o
- En el caso de una mujer embarazada en trabajo de parto activo, cuando:



Si tiene alguna pregunta, llame a Neighborhood INTEGRITY for Duals al 1-844-812-6896 (TTY 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes (puede dejar un mensaje de voz los sábados, domingos y días festivos federales). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

- No hay tiempo suficiente para trasladarla de forma segura a otro hospital antes del parto.
- Un traslado a otro hospital puede suponer una amenaza para su salud o seguridad, o para la de su bebé.

Si tiene una emergencia médica

- **Busque ayuda tan rápido como posible.** Llame al 911 o acuda a la sala de emergencias u hospital más cercano. Llame a una ambulancia si la necesita. **No** necesita aprobación ni una referencia de su PCP. No necesita usar un proveedor de la red. Puede recibir atención médica de emergencia cubierta cuando la necesite, en cualquier lugar de EE. UU., sus territorios o del mundo, de cualquier proveedor con la licencia estatal correspondiente, incluso si no forma parte de nuestra red.
- **Tan pronto como sea posible, informe a nuestro plan acerca de su emergencia.** Nosotros hacemos seguimiento a su atención de emergencia. Usted o alguien más debe llamar para informarnos sobre su emergencia, generalmente dentro de las 48 horas. Sin embargo, no se le cobrarán los servicios de emergencia si se demora en informarnos. Llame a Servicios para Miembros o a su administrador de atención al 1-844-812-6896 (TTY 711), de 8:00 a 20:00 h, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a 20:00, de lunes a viernes (puede dejar un mensaje de voz los sábados, domingos y días festivos). Le devolveremos la llamada el siguiente día hábil.

Servicios cubiertos en caso de emergencia médica

Nuestro plan cubre servicios de ambulancia en situaciones en las que acudir a urgencias de otra manera podría poner en peligro su salud. También cubrimos servicios médicos durante la emergencia. Para obtener más información, consulte el Cuadro de Beneficios en el **Capítulo 4** de este *Manual del Miembro*.

Los proveedores que le brindan atención de emergencia deciden cuándo su condición se estabiliza y la emergencia médica ha terminado. Ellos continuarán brindándole tratamiento y se comunicarán con nosotros para coordinar la atención de seguimiento si la necesita para mejorar.

Nuestro plan cubre su atención de seguimiento. Si usted recibe atención de emergencia de proveedores fuera de la red, intentaremos que proveedores de la red se hagan cargo de su atención lo antes posible.

Recibir atención de emergencia si no era una emergencia

A veces puede ser difícil saber si se trata de una emergencia médica o de salud mental. Puede acudir a urgencias y que el médico diga que no fue realmente una emergencia. Siempre que usted haya considerado razonablemente que su salud corría grave peligro, cubrimos su atención.



Si tiene alguna pregunta, llame a Neighborhood INTEGRITY for Duals al 1-844-812-6896 (TTY 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes (puede dejar un mensaje de voz los sábados, domingos y días festivos federales). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

Sin embargo, después el médico dice que no era una emergencia, cubrimos su atención adicional solo si:

- Utiliza un proveedor de la red, **o**
- La atención adicional que recibe se considera "atención urgente" y cumple con los requisitos para obtenerla. Consulte la siguiente sección.

12. Atención urgente

La atención urgente es aquella que recibe para una situación que no es una emergencia, pero que requiere atención inmediata. Por ejemplo, podría sufrir un brote de una afección preexistente o una enfermedad o lesión imprevista.

Atención urgente en el área de servicio de nuestro plan

En mayoría de los casos, cubrimos la atención urgente solo si:

- Recibe esta atención de un proveedor de la red **y**
- Cumple con los requisitos descritos en este capítulo.

Si no es posible o razonable acudir a un proveedor de la red, dadas las circunstancias, el tiempo, el lugar o la situación, cubrimos la atención urgente que reciba de un proveedor fuera de la red.

Para acceder a los servicios urgentes, debe dirigirse al centro de atención de urgencias más cercano que esté abierto. Si busca atención de urgencia en nuestra área de servicio, debe buscar en el *Directorio de proveedores y farmacias* una lista de los centros de atención de urgencia en la red de nuestro plan.

Atención médica urgente fuera del área de servicio de nuestro plan

Cuando se encuentre fuera del área de servicio de nuestro plan, es posible que no pueda recibir atención de un proveedor de la red. En ese caso, nuestro plan cubre la atención de urgencia que reciba de cualquier proveedor. Sin embargo, las consultas médicas de rutina, como los chequeos anuales, no se consideran de urgencia, incluso si se encuentra fuera del área de servicio de nuestro plan o si nuestra red no está disponible temporalmente.

Nuestro plan cubre servicios de *atención de emergencia y de urgencia* en todo el mundo fuera de los Estados Unidos y sus territorios en las siguientes circunstancias:

- Cuando un miembro viaja fuera de los Estados Unidos y experimenta una necesidad médica urgente o de emergencia.



Si tiene alguna pregunta, llame a Neighborhood INTEGRITY for Duals al 1-844-812-6896 (TTY 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes (puede dejar un mensaje de voz los sábados, domingos y días festivos federales). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

I3. Atención durante un desastre

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

Visite nuestro sitio web para más detalles sobre cómo obtener la atención que necesita durante un desastre declarado: www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

Durante un desastre declarado, si no puede utilizar un proveedor de la red, puede recibir atención médica de proveedores fuera de la red sin costo alguno. Si no puede usar una farmacia de la red durante un desastre declarado, puede surtir sus medicamentos en una farmacia fuera de la red. Consulte el **Capítulo 5** de este *Manual del Miembro* para más información.

J. ¿Qué sucede si le facturan directamente los servicios cubiertos?

Si un proveedor le envía una factura en lugar de enviarla al plan, puede solicitar que la paguemos.

Si pagó por sus servicios cubiertos o si recibió una factura por servicios médicos cubiertos, consulte el **Capítulo 7** de este *Manual del Miembro* para saber qué hacer.

No debe pagar la factura usted mismo. Si lo hace, es posible que no podamos hacer un reembolso.

J1. Qué hacer si nuestro plan no cubre los servicios

Nuestro plan cubre todos los servicios:

- que se consideren médicamente necesarios, y
- que figuren en el Cuadro de Beneficios de nuestro plan (consulte el **Capítulo 4** de este *Manual del Miembro*), y
- que reciba al cumplir con las reglas del plan.

Si recibe servicios que nuestro plan no cubre, **usted deberá pagar el costo total.**

Si desea saber si cubrimos algún servicio o atención médica, tiene derecho a preguntarnos. También tiene derecho a solicitarlo por escrito. Si decimos que no pagaremos sus servicios, tiene derecho a apelar nuestra decisión.

El **Capítulo 9** de este *Manual del Miembro* explica qué hacer si desea que cubramos un servicio o artículo médico. También dice cómo apelar nuestra decisión de cobertura. Llame a Servicios para Miembros para obtener más información sobre sus derechos de apelación.



Si tiene alguna pregunta, llame a Neighborhood INTEGRITY for Duals al 1-844-812-6896 (TTY 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes (puede dejar un mensaje de voz los sábados, domingos y días festivos federales). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

Cubrimos algunos servicios hasta un límite determinado. Si excede el límite, deberá pagar el costo total para obtener más de ese tipo de servicio. Consulte el **Capítulo 4** para conocer los límites específicos de los beneficios. Llame a Servicios para Miembros para obtener más información sobre cuáles son los límites de los beneficios y cuánto de sus beneficios ha utilizado.

K. Cobertura de servicios de atención de salud en un estudio de investigación clínica

K1. Definición de un estudio de investigación clínica

A Un estudio de investigación clínica (también llamado ensayo clínico) es una forma en que los médicos prueban nuevos tipos de atención de salud o medicamentos. Un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare suele solicitar voluntarios para participar en el estudio. Si participa en un estudio de investigación clínica, puede permanecer inscrito en nuestro plan y continuar recibiendo el resto de su atención (atención no relacionada con el estudio) a través de nuestro plan.

Si desea participar en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, **no** necesita informarnos ni obtener nuestra aprobación ni la de su médico de cabecera. Los proveedores que le atiendan como parte del estudio **no** necesitan pertenecer a la red. Esto no aplica a los beneficios cubiertos que requieren un ensayo clínico o registro para evaluar el beneficio, incluyendo ciertos beneficios que requieren cobertura con desarrollo de evidencia (NCD-CED) y estudios de exención de dispositivos en investigación (investigational device exemption, IDE). Estos beneficios también pueden estar sujetos a autorización previa y otras normas del plan.

Le recomendamos que nos informe antes de participar en un estudio de investigación clínica.

Si planea participar en un estudio de investigación clínica, cubierto para los inscritos a Medicare Original, le recomendamos que usted o su administrador de atención se comuniquen con Servicios para Miembros para informarnos que participará en un ensayo clínico.

K2. Pago por servicios cuando participa en un estudio de investigación clínica

Si se ofrece como voluntario para un estudio de investigación clínica que Medicare aprueba, no paga nada por los servicios. cubierto bajo el estudio. Medicare cubre los servicios del estudio, así como los costos rutinarios asociados con su atención médica. Una vez que se una a un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, tendrá cobertura para la mayoría de los servicios y artículos que reciba como parte del estudio. Esto incluye:



Si tiene alguna pregunta, llame a Neighborhood INTEGRITY for Duals al 1-844-812-6896 (TTY 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes (puede dejar un mensaje de voz los sábados, domingos y días festivos federales). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

- Alojamiento y comida durante una estancia hospitalaria que Medicare cubriría incluso si no participara en un estudio
- Una operación u otro procedimiento médico que forme parte del estudio de investigación
- Un tratamiento de cualquier efecto secundario o complicación del nuevo tratamiento

Si participa en un estudio **no aprobado** por Medicare, deberá pagar todos los costos relacionados con su participación.

K3. Más información sobre estudios de investigación clínica

Puede obtener más información sobre cómo unirse a un estudio de investigación clínica leyendo “Medicare y estudios de investigación clínica” en el sitio web de Medicare (www.medicare.gov/sites/default/files/2019-09/02226-medicare-and-clinical-research-studies.pdf). Puede también llamar 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

L. Cómo se cubren sus servicios de atención médica en una institución religiosa de atención no médica

L1. Definición de institución religiosa de atención no médica

Una institución religiosa no médica es un lugar que proporciona atención que normalmente conseguiría en un hospital o centro de enfermería especializada. Si recibir atención en un hospital o si un centro de enfermería especializada va en contra de sus creencias religiosas, cubrimos la atención en una institución religiosa de atención no médica.

Este beneficio solo aplica a los servicios de hospitalización de Medicare Parte A (servicios de atención médica no médica).

L2. Atención en una institución religiosa no médica

Para recibir atención en una institución religiosa no médica, debe firmar un documento legal que indique que se opone a recibir tratamiento médico que "no está contemplado en las excepciones".

- El tratamiento médico que no está contemplado en las excepciones es cualquier atención o tratamiento que es **voluntario y no requerido** por cualquier ley federal, estatal o local.
- El tratamiento médico que está contemplado en las excepciones es cualquier



Si tiene alguna pregunta, llame a Neighborhood INTEGRITY for Duals al 1-844-812-6896 (TTY 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes (puede dejar un mensaje de voz los sábados, domingos y días festivos federales). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

cuidado o un tratamiento que **no es voluntario y es requerido** bajo la ley federal, estatal o local.

Para que su atención médica esté cubierta por nuestro plan, debe cumplir las siguientes condiciones:

- El centro que brinda la atención debe estar certificado por Medicare.
- Nuestro plan solo cubre los aspectos no religiosos de la atención.
- Si recibe servicios de esta institución en un centro:
 - Debe tener una condición médica que le permita recibir servicios cubiertos para atención hospitalaria para pacientes internados o atención en un centro de enfermería especializada.
 - Debe obtener nuestra aprobación antes de su ingreso al centro; de lo contrario, su estadía **no** estará cubierta.

La cobertura de hospitalización se basa en la necesidad médica y requiere autorización previa. Para obtener más información sobre la cobertura de hospitalización, consulte el Cuadro de Beneficios en **el Capítulo 4**.

M. Equipo Médico Duradero (DME)

M1. DME como miembro de nuestro plan

El DME incluye ciertos artículos médicamente necesarios pedidos por un proveedor, como sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para diabéticos, camas de hospital ordenadas por un proveedor para usar en el hogar, bombas de infusión intravenosa (IV), dispositivos de generación de voz, equipos y suministros de oxígeno, nebulizadores y andadores.

Siempre tendrá la propiedad de algunos artículos de DME, como las prótesis.

Otros tipos de equipo médico duradero (DME) deberán alquilarse. Como miembro de nuestro plan, por lo general **no será** propietario de los equipos DME alquilados, independientemente de la duración del alquiler.

Incluso si tuvo DME durante hasta 12 meses consecutivos bajo Medicare antes de unirse a nuestro plan, **no será** propietario del equipo.



Si tiene alguna pregunta, llame a Neighborhood INTEGRITY for Duals al 1-844-812-6896 (TTY 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes (puede dejar un mensaje de voz los sábados, domingos y días festivos federales). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

M2. Propiedad de DME si se cambia a Medicare Original

En el programa Medicare Original, quienes alquilan ciertos tipos de DME son propietarios después de 13 meses. En un plan Medicare Advantage (MA), el plan puede establecer la cantidad de meses que las personas deben alquilar ciertos tipos de DME antes de ser propietarios del mismo.

Deberá realizar 13 pagos consecutivos con Medicare Original, o la cantidad de pagos consecutivos establecidos por el plan MA, para poseer el artículo DME si:

- no se convirtió en propietario del equipo DME mientras estaba en nuestro plan, y
- abandona nuestro plan y obtiene sus beneficios de Medicare fuera de cualquier plan de salud en el programa Medicare Original o un plan MA.

Si realizó pagos por el equipo DME con Medicare Original o un plan MA antes de unirse a nuestro plan, **aquellos pagos no se contabilizan para los pagos que deberá realizar después de abandonar nuestro plan.**

- Deberá realizar 13 pagos consecutivos con Medicare Original o la cantidad de nuevos pagos consecutivos establecidos por el plan MA para poseer el artículo DME.
- No hay excepciones a esta regla al regresar a Medicare Original o a un plan MA.

M3. Beneficios del equipo de oxígeno como miembro de nuestro plan

Si califica para recibir equipo de oxígeno cubierto por Medicare, nosotros cubrimos:

- alquiler del equipo de oxígeno
- suministro de oxígeno y componentes
- tubos y accesorios para el suministro de oxígeno y componentes
- mantenimiento y reparación del equipo de oxígeno

Deberá devolver el equipo de oxígeno cuando ya no lo necesite médicamente o si se da de baja de nuestro plan.

M4. Equipo de oxígeno al cambiarse a Medicare Original u otro plan Medicare Advantage (MA)

Cuando el equipo de oxígeno es médicamente necesario y **usted deja nuestro plan y cambia a Medicare Original**, lo alquila a un proveedor durante 36 meses. Sus pagos mensuales de alquiler cubren el equipo de oxígeno y los suministros y servicios mencionados anteriormente.



Si tiene alguna pregunta, llame a Neighborhood INTEGRITY for Duals al 1-844-812-6896 (TTY 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes (puede dejar un mensaje de voz los sábados, domingos y días festivos federales). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

Si el equipo de oxígeno sigue siendo médicamente necesario **después de 36 meses de alquiler**, su proveedor debe proporcionar:

- Equipo de oxígeno, suministros y servicios por otros 24 meses
- Equipo de oxígeno y suministros por hasta 5 años si aún es médicamente necesario

Si el equipo de oxígeno aún es médicamente necesario **al final del período de 5 años**:

- Su proveedor ya no está obligado a proporcionarlo y usted puede optar por obtener un equipo de reemplazo de cualquier proveedor.
- Comienza un nuevo período de 5 años.
- Usted alquilará a un proveedor por 36 meses.
- Su proveedor entonces proporciona el equipo de oxígeno, los suministros, y los servicios por otros 24 meses.
- Un nuevo ciclo comienza cada 5 años mientras el equipo de oxígeno siga siendo médicamente necesario.

Cuando el equipo de oxígeno sea médicamente necesario y usted deje nuestro plan para cambiarse a otro plan MA, este último cubrirá al menos lo mismo que cubre Medicare Original. Puede consultar con su nuevo plan de MA qué equipo y suministros de oxígeno cubre y cuáles serán sus costos.



Si tiene alguna pregunta, llame a Neighborhood INTEGRITY for Duals al 1-844-812-6896 (TTY 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes (puede dejar un mensaje de voz los sábados, domingos y días festivos federales). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

Capítulo 4: Cuadro de Beneficios

Introducción

Este capítulo le informa sobre los servicios que cubre nuestro plan y cualquier restricción o límite en aquellos servicios. También le informa sobre los beneficios que no están cubiertos bajo nuestro plan. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo de este *Manual del Miembro*.

Tabla de contenidos

A. Sus servicios cubiertos	57
B. Normas que prohíben que los proveedores le cobren por los servicios	57
C. Acerca del Cuadro de Beneficios de nuestro plan	57
D. El Cuadro de beneficios de nuestro plan	59
E. Servicios y apoyos a largo plazo (LTSS)	106
F. Beneficios cubiertos fuera de nuestro plan.....	108
F1. Servicios dentales	108
F2. Transporte médico no urgente	109
F3. Servicios residenciales para personas con discapacidades intelectuales y del desarrollo	109
F4. Servicios de estabilización del hogar	110
G. Beneficios no cubiertos por nuestro plan, Medicare o Medicaid de Rhode Island	110



Si tiene alguna pregunta, llame a Neighborhood INTEGRITY for Duals al 1-844-812-6896 (TTY 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes (puede dejar un mensaje de voz los sábados, domingos y días festivos federales). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

A. Sus servicios cubiertos

Este capítulo le informa acerca de los servicios cubiertos por nuestro plan. También podrá aprender sobre los servicios que no están cubiertos. La información sobre los beneficios de medicamentos se encuentra en el **Capítulo 5** de este *Manual del Miembro*. Este capítulo también explica las limitaciones de algunos servicios.

Como recibe ayuda de Medicaid de Rhode Island, no paga nada por los servicios cubiertos siempre que cumpla con las normas de nuestro plan. Consulte el **Capítulo 3** de este *Manual del Miembro* para obtener detalles sobre estas reglas.

Si necesita ayuda para comprender qué servicios están cubiertos, llame a su administrador de atención o a Servicios para Miembros al 1-844-812-6896, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes (puede dejar un mensaje de voz los sábados, domingos y días festivos federales). La llamada es gratuita.

B. Normas que prohíben que los proveedores le cobren por los servicios

No permitimos que nuestros proveedores le facturen por servicios cubiertos dentro de la red. Nosotros les pagamos directamente, y lo protegemos a usted de cualquier cargo. Esto es así incluso si pagamos al proveedor menos de lo que cobra por un servicio.

Nunca debería recibir una factura de un proveedor por servicios cubiertos. Si esto ocurre, consulte el **Capítulo 7** de este *Manual del Miembro* o llame a Servicios para Miembros.

C. Acerca del Cuadro de Beneficios de nuestro plan

El Cuadro de Beneficios le indica los servicios que nuestro plan cubre. Enumera los servicios cubiertos en orden alfabético y los explica.

Pagamos los servicios enumerados en el Cuadro de Beneficios cuando se cumplen las siguientes reglas. Usted **no** paga nada por los servicios enumerados en el Cuadro de Beneficios, siempre que cumpla con los requisitos que se describen a continuación.

- Ofrecemos los servicios cubiertos por Medicare y Medicaid de Rhode Island según las normas establecidas por ellos dos.
- Los servicios (incluidos atención médica, servicios, suministros, equipos y medicamentos) deben ser "médicamente necesarios". Esto significa que usted necesita atención médica, quirúrgica u otros servicios para prevenir, diagnosticar o tratar una afección médica, o para mantener su actual estado de salud. le ayude a evitar una hospitalización o el ingreso a un centro de cuidados para adultos mayores. También significa que los servicios, suministros o medicamentos cumplen con los estándares aceptados de la práctica médica. "Médicamente necesario" incluye aquellos servicios



Si tiene alguna pregunta, llame a Neighborhood INTEGRITY for Duals al 1-844-812-6896 (TTY 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes (puede dejar un mensaje de voz los sábados, domingos y días festivos federales). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

que previenen que una condición de salud empeore.

- Para los nuevos afiliados, durante los primeros 90 días es posible que no le solicitemos que obtenga aprobación por adelantado para continuar con un tratamiento activo, incluso si el tratamiento es un servicio que comenzó con un proveedor fuera de la red.
- Usted recibe atención médica de un proveedor de la red. Un proveedor de la red es un proveedor que trabaja con nosotros. En la mayoría de los casos, la atención médica que recibe de un proveedor fuera de la red no estará cubierta, a menos que se trate de una emergencia o atención urgente, o a menos que su plan o un proveedor de la red lo hayan derivado. El **Capítulo 3** de este *Manual del Miembro* tiene más información sobre el uso de proveedores dentro y fuera de la red.
- Usted tiene un proveedor de atención primaria (primary care provider, PCP) o un equipo de atención que brinda y administra su atención.
- Cubrimos algunos servicios enumerados en el Cuadro de Beneficios solo si su médico u otro proveedor de la red obtiene nuestra aprobación primero. Esto se conoce como autorización previa (prior authorization, PA). Marcamos los servicios cubiertos en el Cuadro de Beneficios que necesitan PA con un asterisco (*).
- Si su plan aprueba una solicitud de PA para un tratamiento, dicha aprobación debe ser válida mientras el tratamiento sea médicamente razonable y necesario para evitar interrupciones en la atención según los criterios de cobertura, su historial médico y las recomendaciones del proveedor tratante.

Información importante sobre beneficios para miembros con ciertas afecciones crónicas.

- Si tiene alguna de las afecciones crónicas que se enumeran a continuación y cumple con ciertos criterios médicos, puede ser elegible para recibir beneficios adicionales:
 - Trastornos autoinmunes, cáncer, trastornos cardiovasculares, trastorno por consumo crónico de alcohol y otros trastornos por consumo de sustancias (substance use disorders, SUD), insuficiencia cardíaca crónica, condiciones de salud mental crónicas e incapacitantes, demencia, diabetes mellitus, sobrepeso, obesidad y síndrome metabólico, enfermedad gastrointestinal crónica, enfermedad renal crónica (chronic kidney disease, CKD), trastornos hematológicos graves, VIH/SIDA, trastornos pulmonares crónicos, trastornos neurológicos, accidente cerebrovascular, trasplante de órganos posterior, inmunodeficiencia y trastornos inmunosupresores, afecciones asociadas con deterioro cognitivo, afecciones con desafíos funcionales, afecciones crónicas que deterioran la visión, la audición (sordera), el gusto, el tacto y el olfato, afecciones que requieren servicios de terapia continua para que las personas mantengan o conserven el funcionamiento.
 - A lo largo del año, nuestro plan evaluará constantemente la elegibilidad para estos beneficios adicionales utilizando diversos recursos, como su Evaluación de Riesgos de Salud (Health Risk Assessment, HRA), reclamos médicos/farmacéuticos y otra




Si tiene alguna pregunta, llame a Neighborhood INTEGRITY for Duals al 1-844-812-6896 (TTY 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes (puede dejar un mensaje de voz los sábados, domingos y días festivos federales). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

documentación clínica de respaldo.

- Consulte la fila “Ayuda con ciertas condiciones crónicas” en el Cuadro de beneficios para obtener más información.
- Contáctenos para información adicional.

Todos los servicios preventivos son gratuitos. La manzana 🍏 indica los servicios preventivos en el Cuadro de Beneficios.

D. El Cuadro de beneficios de nuestro plan

Servicio cubierto	Lo que usted paga
 Detección de aneurisma de aorta abdominal Pagamos una ecografía única para personas en riesgo. Nuestro plan solo cubre esta prueba si presenta ciertos factores de riesgo y si recibe una derivación de su médico, asistente médico, enfermera practicante o enfermera clínica especialista.	\$0
Acupuntura Pagamos hasta 12 visitas de acupuntura en 90 días si tiene dolor lumbar crónico, definido como: <ul style="list-style-type: none"> • con duración de 12 semanas o más tiempo; • no específico (no tener causa sistémica que se pueden identificar, como no estar asociado con metástasis, inflamatorio, o enfermedad infecciosa); • no asociado con alguna cirugía; y • no asociado con el embarazo. Además, pagamos ocho sesiones adicionales de acupuntura para el dolor lumbar crónico si muestra mejoría. No puede recibir más de 20 sesiones de acupuntura para el dolor lumbar crónico al año. Los tratamientos de acupuntura deben suspenderse si no mejora o si empeora. Requisitos del proveedor: Este beneficio continúa en la página siguiente.	\$0





Si tiene alguna pregunta, llame a Neighborhood INTEGRITY for Duals al 1-844-812-6896 (TTY 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes (puede dejar un mensaje de voz los sábados, domingos y días festivos federales). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
<p>Acupuntura (continuación)</p> <p>Los médicos (según se define en 1861(r)(1) de la Ley de Seguridad Social [la Ley]) pueden proporcionar acupuntura de acuerdo con los requisitos estatales aplicables.</p> <p>Los asistentes médicos (PA), enfermeros profesionales (NP)/enfermeros especialistas clínicos (CNS) (como se identifica en 1861[aa] [5] de la Ley) y el personal auxiliar pueden brindar acupuntura si cumplen con todos los requisitos estatales aplicables y tienen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • un título de maestría o doctorado en acupuntura o medicina oriental de una escuela acreditada por la Comisión de Acreditación de Acupuntura y Medicina Oriental (Accreditation Commission on Acupuncture and Oriental Medicine, ACAOM); y, • una licencia actual, completa, activa y sin restricciones para practicar la acupuntura en un estado, territorio o Commonwealth (es decir, Puerto Rico) de los Estados Unidos o el Distrito de Columbia. <p>El personal auxiliar que proporcione acupuntura debe estar bajo el nivel apropiado de supervisión de un médico, PA o NP/CNS requerido por nuestras regulaciones en 42 CFR §§ 410.26 y 410.27.</p>	
<p>Servicios de atención diurna para adultos*</p> <p>Ofrecemos dos niveles de servicios diurnos para adultos que necesitan supervisión y atención médica durante el día. Ofrecemos servicios básicos y avanzados.</p> <p>Algunos ejemplos de servicios de atención diurna para adultos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • actividades sociales y recreativas • comidas • atención de enfermería o de heridas <p>*Puede requerirse autorización previa.</p>	\$0





Si tiene alguna pregunta, llame a Neighborhood INTEGRITY for Duals al 1-844-812-6896 (TTY 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes (puede dejar un mensaje de voz los sábados, domingos y días festivos federales). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
 <p>Detección y asesoramiento sobre el consumo problemático de alcohol</p> <p>Pagamos una prueba de detección de consumo problemático de alcohol para adultos que abusan del alcohol pero no son dependientes. Esto incluye a mujeres embarazadas.</p> <p>Si el resultado de la prueba de abuso de alcohol es positivo, puede recibir hasta cuatro sesiones breves de asesoramiento presencial cada año (si puede hacerlo y está alerta durante el asesoramiento) con un proveedor de atención primaria (PCP) calificado o un profesional en un entorno de atención primaria.</p>	\$0
<p>Servicios de ambulancia*</p> <p>Los servicios de ambulancia cubiertos, ya sea para una emergencia o no, incluyen servicios terrestres y aéreos (avión y helicóptero), así como servicios de ambulancia. La ambulancia lo trasladará al lugar más cercano donde pueda atenderlo.</p> <p>Su condición debe ser lo suficientemente grave como para que otras formas de llegar a un lugar de atención puedan poner en riesgo su salud o su vida.</p> <p>Los servicios de ambulancia para otros casos (no urgentes) deben ser aprobados por nosotros. En casos que no sean urgentes, podríamos cubrir el costo de una ambulancia. Su condición debe ser lo suficientemente grave como para que otras formas de llegar al lugar de atención puedan poner en riesgo su vida o salud.</p> <p>*Se requiere autorización previa para servicios de ambulancia que no sean de emergencia.</p>	\$0
 <p>Visita anual de bienestar</p> <p>Puede hacerse un chequeo anual. Esto le permitirá elaborar o actualizar un plan de prevención basado en sus factores de riesgo actuales. Pagamos este chequeo cada 12 meses.</p> <p>Este beneficio continúa en la página siguiente.</p>	\$0






Si tiene alguna pregunta, llame a Neighborhood INTEGRITY for Duals al 1-844-812-6896 (TTY 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes (puede dejar un mensaje de voz los sábados, domingos y días festivos federales). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
<p>Visita anual de bienestar (continuación)</p> <p>Nota: Su primera visita de bienestar anual no puede realizarse dentro de los 12 meses posteriores a su visita de Bienvenida a Medicare. Sin embargo, no es necesario haber tenido una visita de Bienvenida a Medicare para obtener visitas de bienestar anuales después de haber tenido la Parte B durante 12 meses.</p> <p>Su proveedor le realizará un examen físico completo y práctico y revisará su historial médico y de medicamentos, y realizará una evaluación de enfermedades crónicas.</p>	
 <p>Medición de masa ósea</p> <p>Pagamos ciertos procedimientos para los miembros que califican (generalmente, personas con riesgo de pérdida ósea o de osteoporosis). Estos procedimientos identifican la masa ósea, detectan la pérdida ósea o determinan la calidad ósea.</p> <p>Pagamos los servicios una vez cada 24 meses, o con mayor frecuencia si es médicamente necesario. También pagamos a un médico para que revise y comente los resultados.</p>	\$0
 <p>Detección de cáncer de mama (mamografías)</p> <p>Pagamos por los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • una mamografía de referencia entre los 35 y los 39 años • una mamografía de detección cada 12 meses para mujeres de 40 años o más • exámenes clínicos de mama una vez cada 24 meses 	\$0
<p>Servicios de rehabilitación cardíaca (del corazón)</p> <p>Pagamos servicios de rehabilitación cardíaca, como ejercicio, educación y asesoramiento. Los miembros deben cumplir ciertas condiciones y contar con una orden médica.</p> <p>También cubrimos programas intensivos de rehabilitación cardíaca, que son más intensos que los programas de rehabilitación cardíaca.</p>	\$0




Si tiene alguna pregunta, llame a Neighborhood INTEGRITY for Duals al 1-844-812-6896 (TTY 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes (puede dejar un mensaje de voz los sábados, domingos y días festivos federales). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
 <p>Consulta para la reducción del riesgo de enfermedades cardiovasculares (del corazón) (terapia para enfermedades cardíacas)</p> <p>Pagamos una consulta al año, o más si es médicamente necesaria, con su proveedor de atención primaria (PCP) para ayudarle a reducir su riesgo de enfermedad cardíaca. Durante la consulta, su médico puede:</p> <ul style="list-style-type: none"> • discutir el uso de aspirinas, • controlar su presión arterial y/o • dar consejos para asegurarse de tener una correcta alimentación 	\$0
 <p>Pruebas de detección de enfermedades cardiovasculares (del corazón)</p> <p>Pagamos análisis de sangre para detectar enfermedades cardiovasculares cada cinco años (60 meses). Estos análisis también detectan defectos cardíacos debidos a un alto riesgo de enfermedad cardíaca.</p>	\$0
 <p>Detección del cáncer de cuello uterino y vaginal</p> <p>Pagamos por los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Para todas las mujeres: pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos una vez cada 24 meses • Para mujeres con alto riesgo de cáncer de cuello uterino o vaginal: una prueba de Papanicolaou cada 12 meses • Para mujeres de 21 años o más que hayan tenido una prueba de Papanicolaou anormal en los últimos tres años y estén en edad fértil: una prueba de Papanicolaou cada 12 meses 	\$0
<p>Servicios quiroprácticos*</p> <p>Pagamos por los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ajustes de la columna para corregir la alineación • Doce (12) visitas de tratamiento al año. Los servicios quiroprácticos médicamente necesarios que excedan el 	\$0



Si tiene alguna pregunta, llame a Neighborhood INTEGRITY for Duals al 1-844-812-6896 (TTY 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes (puede dejar un mensaje de voz los sábados, domingos y días festivos federales). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
<p>límite anual de doce (12) visitas podrían estar cubiertos.</p> <p>*Puede requerirse autorización previa.</p>	
<p>Servicios de manejo y tratamiento del dolor crónico</p> <p>Servicios mensuales cubiertos para personas con dolor crónico (dolor persistente o recurrente que dura más de 3 meses). Los servicios pueden incluir evaluación del dolor, administración de medicamentos y coordinación y planificación de la atención.</p>	<p>El costo compartido de este servicio variará dependiendo de los servicios individuales brindados durante el tratamiento.</p> <p>\$0</p>
<p> Detección del cáncer colorrectal</p> <p>Pagamos por los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La colonoscopia no tiene límite de edad mínimo o máximo y está cubierta una vez cada 120 meses (10 años) para pacientes que no tienen alto riesgo, o 48 meses después de una sigmoidoscopia flexible previa para pacientes que no tienen alto riesgo de cáncer colorrectal, y una vez cada 24 meses para pacientes de alto riesgo después de una colonoscopia de detección previa. • La colonografía por tomografía computarizada para pacientes de 45 años o más sin alto riesgo de cáncer colorrectal está cubierta cuando hayan transcurrido al menos 59 meses desde el mes en que se realizó la última colonografía por tomografía computarizada de detección, o cuando hayan transcurrido 47 meses desde el mes en que se realizó la última sigmoidoscopia flexible o colonoscopia de detección. Para pacientes con alto riesgo de cáncer colorrectal, se puede pagar una colonografía por tomografía computarizada de detección realizada después de que hayan transcurrido al menos 23 meses desde el mes en que se realizó la última colonografía por tomografía computarizada o colonoscopia de detección. <p>Este beneficio continúa en la página siguiente.</p>	<p>\$0</p>



Si tiene alguna pregunta, llame a Neighborhood INTEGRITY for Duals al 1-844-812-6896 (TTY 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes (puede dejar un mensaje de voz los sábados, domingos y días festivos federales). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
<p>Detección del cáncer colorrectal (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sigmoidoscopia flexible para pacientes de 45 años o más. Una vez cada 120 meses para pacientes sin alto riesgo después de una colonoscopia de detección. Una vez cada 48 meses para pacientes de alto riesgo desde la última sigmoidoscopia flexible o colonografía por tomografía computarizada. • Pruebas de detección de sangre oculta en heces para pacientes de 45 años o más. Una vez cada 12 meses. • ADN fecal multidiaria para pacientes de 45 a 85 años que no cumplen criterios de alto riesgo. Una vez cada 3 años. • Pruebas de biomarcadores sanguíneos para pacientes de 45 a 85 años que no cumplen los criterios de alto riesgo. Cada 3 años. • Las pruebas de detección de cáncer colorrectal incluyen una colonoscopia de detección de seguimiento después de que una prueba de detección de cáncer colorrectal no invasiva basada en heces cubierta por Medicare arroje un resultado positivo. • Las pruebas de detección de cáncer colorrectal incluyen una sigmoidoscopia flexible de detección planificada o una colonoscopia de detección que implica la extracción de tejido u otro material, u otro procedimiento realizado en relación con, como resultado de y en el mismo encuentro clínico que la prueba de detección. 	
<p>Servicios dentales</p> <p>Pagamos algunos servicios dentales cuando forman parte integral del tratamiento específico de la afección médica primaria de una persona. Por ejemplo, la reconstrucción de la mandíbula tras una fractura o lesión, las extracciones dentales previas a la radioterapia para el cáncer de mandíbula o los exámenes bucodentales previos al trasplante de órganos.</p>	\$0





Si tiene alguna pregunta, llame a Neighborhood INTEGRITY for Duals al 1-844-812-6896 (TTY 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes (puede dejar un mensaje de voz los sábados, domingos y días festivos federales). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
<p>Odontología preventiva: cobertura de beneficio máximo combinado de \$1250 al año</p> <p><u>Evaluaciones orales:</u> Los límites de beneficios son dos veces al año para evaluaciones orales periódicas, una vez al año para evaluaciones orales limitadas, una vez al año para evaluaciones orales extensas (enfoque en el problema), una vez cada tres años para evaluaciones orales integrales y una vez cada dos años para exámenes periodontales.</p> <p><u>Radiografías dentales:</u> Se aplican límites.</p> <p><u>Profilaxis (limpieza):</u> Limpiezas (limitadas a dos (2) tratamientos por año calendario)</p> <p><u>Tratamiento con flúor:</u> limitado a un (1) tratamiento por año calendario</p> <p>Cobertura dental integral: \$1250 de cobertura máxima combinada anual</p> <p>Servicios restaurativos; endodoncia; periodoncia; prótesis removibles; cirugía oral y maxilofacial; y servicios generales complementarios.</p> <p>Los servicios dentales integrales están limitados a una cobertura de beneficios máxima por año calendario.</p> <p>Los servicios deben obtenerse del proveedor especificado en el plan. Consulte el sitio web en https://www.deltadentalri.com/NHP/IntegrityForDuals para obtener más información.</p> <p>Los gastos de bolsillo por beneficios complementarios no cuentan para el límite máximo de desembolso personal.</p> <p>Este beneficio continúa en la página siguiente.</p>	




Si tiene alguna pregunta, llame a Neighborhood INTEGRITY for Duals al 1-844-812-6896 (TTY 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes (puede dejar un mensaje de voz los sábados, domingos y días festivos federales). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
<p>Servicios dentales (continuación)</p> <p>Para atención dental regular, busque un proveedor que acepte Medicaid de Rhode Island y use su tarjeta de identificación de Medicaid de Rhode Island ("ancla"). En algunos casos, la atención dental necesaria para tratar una enfermedad o lesión puede estar cubierta por el plan como atención hospitalaria o ambulatoria. Llame a Neighborhood INTEGRITY for Duals al 1-844-812-6896 (TTY 711) si no está seguro de si el plan o Medicaid de Rhode Island cubre los servicios dentales que necesita o si desea ayuda para encontrar un dentista.</p> <p>Pueden aplicarse otras limitaciones.</p>	
 <p>Detección de depresión</p> <p>Pagamos una prueba de detección de depresión al año. La prueba debe realizarse en un centro de atención primaria que pueda brindar tratamiento de seguimiento o derivaciones.</p>	\$0
 <p>Detección de diabetes</p> <p>Pagamos esta evaluación (incluye pruebas de glucosa en ayunas) si tiene alguno de los siguientes factores de riesgo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Presión arterial alta (hipertensión) • Antecedentes de niveles anormales de colesterol y triglicéridos (dislipidemia) • Obesidad • Antecedentes de niveles altos de azúcar en sangre (glucosa) <p>Las pruebas pueden estar cubiertas en algunos otros casos, como si tiene sobrepeso y antecedentes familiares de diabetes.</p> <p>Usted puede calificar para hasta dos pruebas de detección de diabetes cada 12 meses después de la fecha de su prueba de detección de diabetes más reciente.</p>	\$0



Si tiene alguna pregunta, llame a Neighborhood INTEGRITY for Duals al 1-844-812-6896 (TTY 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes (puede dejar un mensaje de voz los sábados, domingos y días festivos federales). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
 <p>Capacitación, servicios, y suministros para el autocontrol de la diabetes*</p> <p>Pagamos los siguientes servicios para todas las personas que tienen diabetes (ya sea que usen insulina o no):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Suministros para el control de la glucosa en sangre, incluido lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> ○ un monitor de glucosa en sangre ○ tiras reactivas de glucosa en sangre ○ lancetas y dispositivos de punción ○ soluciones de control de glucosa para controlar la precisión de las tiras reactivas y los monitores • Para las personas con diabetes que padecen enfermedad del pie diabético grave, cubrimos lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> ○ un par de zapatos terapéuticos moldeados a medida (incluidas las plantillas), incluida la adaptación, y dos pares adicionales de plantillas cada año calendario, o ○ un par de zapatos de profundidad, incluida la adaptación, y tres pares de plantillas cada año (sin incluir las plantillas extraíbles no personalizadas que se proporcionan con dichos zapatos) <p>En algunos casos, pagamos la capacitación para ayudarle a controlar su diabetes. Para obtener más información, comuníquese con Servicios para Miembros.</p> <p>Miembros con diabetes gestacional o <u>insulinodependientes</u>:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Limitado a cien (100) tiras de prueba cada treinta (30) días cuando se reciben de un proveedor de equipo médico duradero (DME) <p>Este beneficio continúa en la página siguiente.</p>	<p>\$0</p>



Si tiene alguna pregunta, llame a Neighborhood INTEGRITY for Duals al 1-844-812-6896 (TTY 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes (puede dejar un mensaje de voz los sábados, domingos y días festivos federales). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
<p>Capacitación, servicios, y suministros para el autocontrol de la diabetes* (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Limitado a cien (100) tiras de prueba cada veinticinco (25) días cuando se reciben en una farmacia <p>Miembros <u>no insulino</u>dependientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Limitado a cien (100) tiras de prueba cada noventa (90) días cuando se reciben de un proveedor de equipo médico duradero (DME) • Limitado a cien (100) tiras de prueba cada noventa (90) días cuando se reciben en una farmacia <p>*Puede requerirse autorización previa.</p>	
<p>Servicios de doula</p> <p>Pagamos servicios prenatales y posparto para mujeres embarazadas y madres recientes. Algunos ejemplos de los servicios de doula cubiertos son:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Apoyo a las mujeres embarazadas, mejora de los resultados del parto y acompañamiento a las madres recientes • Promoción y apoyo a la lactancia materna y el cuidado infantil • Recursos, educación, atención y apoyo emocional para la madre después del parto • Apoyo a la madre y su familia durante la recuperación posparto <p>Es posible que se cubran otros servicios.</p> <p>Se cubren seis (6) visitas por embarazo para atención prenatal y posparto y una (1) visita de trabajo de parto y parto.</p>	\$0



Si tiene alguna pregunta, llame a Neighborhood INTEGRITY for Duals al 1-844-812-6896 (TTY 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes (puede dejar un mensaje de voz los sábados, domingos y días festivos federales). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
<p>Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados*</p> <p>Consulte el Capítulo 12 de este <i>Manual del Miembro</i> para obtener una definición de “Equipo médico duradero (DME)”.</p> <p>Cubrimos los siguientes artículos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • suministros para la incontinencia, como pañales, protectores absorbentes y protectores • sillas de ruedas • muletas • sistemas de colchones motorizados • suministros para diabéticos • camas de hospital solicitadas por un médico para uso domiciliario • bombas de infusión intravenosa (IV) y soporte • dispositivos generadores de voz • equipo de oxígeno y suministros • nebulizadores • andadores • bastón estándar con empuñadura curva o bastón de cuatro patas y suministros de repuesto • tracción cervical (sobre la puerta) • estimulador óseo • equipo de diálisis <p>Otros elementos podrían ser cubiertos.</p> <p>Con este <i>Manual del Miembro</i>, le enviamos la lista de DME de nuestro plan. La lista le indica las marcas y fabricantes de DME que cubrimos. También puede encontrar la lista más reciente de marcas, fabricantes y proveedores en nuestro sitio web: www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.</p> <p>Este beneficio continúa en la página siguiente.</p>	<p>\$0</p>



Si tiene alguna pregunta, llame a Neighborhood INTEGRITY for Duals al 1-844-812-6896 (TTY 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes (puede dejar un mensaje de voz los sábados, domingos y días festivos federales). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
<p>Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados* (continuación)</p> <p>Generalmente, nuestro plan cubre cualquier equipo médico duradero (DME) cubierto por Medicare y Medicaid de las marcas y fabricantes de esta lista. No cubrimos otras marcas ni fabricantes a menos que su médico u otro proveedor nos indique que necesita la marca. Si es nuevo en nuestro plan y usa una marca de DME que no está en nuestra lista, seguiremos pagándola hasta por 90 días. Durante este período, hable con su médico para decidir qué marca es la adecuada para usted después de los 90 días. (Si no está de acuerdo con su médico, puede pedirle que lo derive a una segunda opinión).</p> <p>Si usted (o su médico) no está de acuerdo con la decisión de cobertura de nuestro plan, puede presentar una apelación. También puede presentar una apelación si no está de acuerdo con la decisión de su médico sobre qué producto o marca es adecuado para su afección médica. Para obtener más información sobre las apelaciones, consulte el Capítulo 9 de este <i>Manual del Miembro</i>.</p> <p>*Puede requerirse autorización previa.</p>	
<p>Atención de emergencia</p> <p>La atención de emergencia son los servicios que:</p> <ul style="list-style-type: none"> • son brindados por un profesional capacitado para brindar servicios de emergencia y • son necesarios para evaluar o tratar una emergencia médica. <p>Una emergencia médica es una enfermedad, lesión, dolor intenso o afección médica que empeora rápidamente. La afección es tan grave que, si no recibe atención médica inmediata, cualquier persona con conocimientos básicos de salud y medicina podría sufrir lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • un grave riesgo para su vida y, si está embarazada, la pérdida del bebé; o <p>Este beneficio continúa en la página siguiente.</p>	<p>\$0</p> <p>Si recibe atención de emergencia en un fuera de la red hospital Si necesita atención hospitalaria después de que se establezca su emergencia, debe trasladarse a un hospital de la red para que se le siga pagando la atención. Puede permanecer en el hospital fuera de la red. para su paciente</p>



Si tiene alguna pregunta, llame a Neighborhood INTEGRITY for Duals al 1-844-812-6896 (TTY 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes (puede dejar un mensaje de voz los sábados, domingos y días festivos federales). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
<p>Atención de emergencia (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • el daño grave de funciones corporales; o • la pérdida de una extremidad o de su función; o • En el caso de una mujer embarazada en trabajo de parto activo, cuando: <ul style="list-style-type: none"> ○ No hay tiempo suficiente para trasladarla de forma segura a otro hospital antes del parto. ○ Un traslado a otro hospital puede suponer una amenaza para su salud o seguridad, o para la de su bebé. <p>El plan pagará la atención de emergencia y los servicios de transporte de emergencia.</p> <p>La cobertura incluye EE. UU., sus territorios y todo el mundo.</p>	<p>interno Solo nos preocupamos si nuestro plan aprueba su estadía.</p>
<p>Modificaciones ambientales del hogar*</p> <p>Pagaremos las reformas en su vivienda o vehículo para que pueda vivir seguro en casa. Los siguientes son ejemplos de servicios cubiertos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • barras de apoyo • sillas para la ducha • utensilios para comer • asientos de inodoro elevados • rampas para sillas de ruedas • postes para ponerse de pie <p>También podrían cubrirse otros servicios.</p> <p>*Puede requerirse autorización previa.</p>	<p>\$0</p>




Si tiene alguna pregunta, llame a Neighborhood INTEGRITY for Duals al 1-844-812-6896 (TTY 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes (puede dejar un mensaje de voz los sábados, domingos y días festivos federales). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
<p>Servicios de planificación familiar</p> <p>La ley le permite elegir cualquier proveedor, ya sea de la red o fuera de ella, para ciertos servicios de planificación familiar. Esto incluye cualquier médico, clínica, hospital, farmacia o consultorio de planificación familiar.</p> <p>Nosotros cubrimos los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Examen y tratamiento médico de planificación familia • Pruebas de laboratorio y diagnóstico de planificación familiar • Métodos anticonceptivos (DIU de cobre/hormonal, implantes, inyecciones, píldoras anticonceptivas, parche o anillo) • Suministros de planificación familiar con receta médica (condón, esponja, espuma, película, diafragma, capuchón) • Asesoramiento y diagnóstico de infertilidad y servicios relacionados • Asesoramiento, pruebas y tratamiento para infecciones de transmisión sexual (ITS) • Asesoramiento y pruebas para el VIH y el SIDA, y otras afecciones relacionadas con el VIH • Anticoncepción permanente (debe tener 21 años o más para elegir este método de planificación familiar. Debe firmar un formulario de consentimiento de esterilización federal al menos 30 días, pero no más de 180 días antes de la fecha de la cirugía). • Asesoramiento genético <p>También pagamos otros servicios de planificación familiar. Sin embargo, debe usar un proveedor de nuestra red para los siguientes servicios:</p> <p>Este beneficio continúa en la página siguiente.</p>	<p>\$0</p>




Si tiene alguna pregunta, llame a Neighborhood INTEGRITY for Duals al 1-844-812-6896 (TTY 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes (puede dejar un mensaje de voz los sábados, domingos y días festivos federales). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
<p>Servicios de planificación familiar (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tratamiento para condiciones médicas de infertilidad (este servicio no incluye formas artificiales de quedar embarazada). • Tratamiento para el SIDA y otras enfermedades relacionadas con el VIH • Pruebas genéticas 	
<p> Beneficio de aptitud física</p> <p>El beneficio de aptitud física incluye una membresía en un gimnasio de YMCA elegible y un monitor de actividad. Las instalaciones de YMCA elegibles se enumeran a continuación:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bayside YMCA (Barrington, RI) • Cranston YMCA (Cranston, RI) • East Side YMCA (Providence, RI) • Kent County YMCA (Warwick, RI) • MacColl YMCA (Lincoln, RI) • Newman YMCA (Seekonk, MA) • Pawtucket Family YMCA (Pawtucket, RI) • South County YMCA (Wakefield, RI) <p>Los miembros deben elegir una ubicación.</p>	\$0
<p>Servicios de audición</p> <p>Pagamos las pruebas de audición y equilibrio de rutina realizadas por su proveedor. Estas pruebas le indican si necesita tratamiento médico. Están cubiertas como atención ambulatoria cuando las realiza un médico, audiólogo u otro profesional calificado.</p>	\$0
<p>Ayuda con ciertas enfermedades crónicas</p> <p>Si le diagnostican alguna de las siguientes afecciones crónicas identificadas a continuación y cumple con ciertos criterios,</p>	\$0



Si tiene alguna pregunta, llame a Neighborhood INTEGRITY for Duals al 1-844-812-6896 (TTY 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes (puede dejar un mensaje de voz los sábados, domingos y días festivos federales). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
<p>puede ser elegible para recibir beneficios complementarios especiales para enfermos crónicos (special supplemental benefits for the chronically ill, SSBCI).</p> <ul style="list-style-type: none"> Trastornos autoinmunes, cáncer, trastornos cardiovasculares, trastorno por consumo crónico de alcohol y otros trastornos por consumo de sustancias (substance use disorders, SUD), insuficiencia cardíaca crónica, condiciones de salud mental crónicas e incapacitantes, demencia, diabetes mellitus, sobrepeso, obesidad y síndrome metabólico, enfermedad gastrointestinal crónica, enfermedad renal crónica (chronic kidney disease, CKD), trastornos hematológicos graves, VIH/SIDA, trastornos pulmonares crónicos, trastornos neurológicos, accidente cerebrovascular, tratamiento posterior al trasplante de órganos, inmunodeficiencia y trastornos inmunosupresores, afecciones asociadas con deterioro cognitivo, afecciones con desafíos funcionales, afecciones crónicas que deterioran la visión, la audición (sordera), el gusto, el tacto y el olfato, afecciones que requieren servicios de terapia continua para que las personas mantengan o conserven el funcionamiento. <p>Los miembros elegibles podrán acceder a los siguientes servicios:</p> <p>Alimentos y productos agrícolas: \$125 mensuales para alimentos saludables. Se puede usar para comprar productos aprobados en tiendas participantes, como frutas, verduras, pan, carne, lácteos, etc.</p> <p>Servicios de apoyo domiciliario: Ofrecemos hasta 120 horas de visitas domiciliarias y virtuales al año. Este servicio de acompañamiento apoya a los miembros con las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria, como el transporte, las compras y las tareas domésticas livianas.</p>	
 <p>Prueba de detección del VIH</p> <p>Cubrimos un examen de detección del VIH cada 12 meses para personas que:</p> <ul style="list-style-type: none"> solicitan una prueba de detección del VIH, o corren un mayor riesgo de contraer la infección por VIH. 	\$0



Si tiene alguna pregunta, llame a Neighborhood INTEGRITY for Duals al 1-844-812-6896 (TTY 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes (puede dejar un mensaje de voz los sábados, domingos y días festivos federales). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
<p>Si está embarazada, pagamos hasta tres pruebas de detección del VIH durante el embarazo.</p>	
<p>Cuidado en el hogar (cuidado personal y servicios domésticos)*</p> <p>Pagamos por servicios de cuidado personal, como ayuda para bañarse, vestirse, asearse y alimentarse.</p> <p>Pagamos servicios de limpieza para ayudar con tareas domésticas generales, como preparar comidas, lavar la ropa y hacer las compras.</p> <p>Los servicios de cuidado en el hogar no incluyen cuidados de relevo ni guarderías.</p> <p>Los servicios de cuidado personal y/o de limpieza del hogar (combinados) están cubiertos hasta 6 horas por semana para una persona o 10 horas por semana para un hogar con dos o más personas elegibles.</p> <p>*Puede requerirse autorización previa.</p>	\$0
<p>Agencia de atención médica a domicilio*</p> <p>Antes de poder recibir servicios de salud a domicilio, un médico debe informarnos que los necesita y deben ser proporcionados por una agencia de atención médica a domicilio. Debe estar confinado en su hogar, lo que significa que salir de casa supone un gran esfuerzo.</p> <p>Pagamos los siguientes servicios y quizás otros servicios no enumerados aquí:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de enfermería especializada y de asistencia de salud a domicilio a tiempo parcial o intermitente (para estar cubierto por el beneficio de atención médica a domicilio, sus servicios de enfermería especializada y de atención médica a domicilio combinados deben sumar menos de 8 horas por día y 35 horas por semana). • fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla • servicios médicos y sociales • equipos y suministros médicos <p>*Puede requerirse autorización previa.</p>	\$0




Si tiene alguna pregunta, llame a Neighborhood INTEGRITY for Duals al 1-844-812-6896 (TTY 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes (puede dejar un mensaje de voz los sábados, domingos y días festivos federales). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
<p>Terapia de infusión en el hogar</p> <p>Nuestro plan cubre la terapia de infusión en el hogar, definida como medicamentos o sustancias biológicas administrados por vía intravenosa o subcutánea y administrados en su domicilio. Para realizar la infusión en el hogar se requiere lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • el medicamento o sustancia biológica, como un antiviral o una inmunoglobulina; • equipos, como una bomba; y • suministros, como tubos o un catéter. <p>Nuestro plan cubre servicios de infusión a en el hogar que incluyen, entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none"> • servicios profesionales, incluidos servicios de enfermería, prestados de acuerdo con su plan de atención; • capacitación y educación de los miembros que no estén ya incluidos en el beneficio del DME; • monitoreo remoto; y • servicios de monitoreo para la provisión de terapia de infusión en el hogar y medicamentos proporcionados por un proveedor de terapia de infusión en el hogar calificado. 	\$0
<p>Cuidados paliativos</p> <p>Tiene derecho a elegir cuidados paliativos si su proveedor y el director médico de cuidados paliativos determinan que tiene un pronóstico terminal. Esto significa que padece una enfermedad terminal y se espera que tenga seis meses o menos de vida. Puede recibir atención de cualquier programa de cuidados paliativos certificado por Medicare. Nuestro plan debe ayudarlo a encontrar programas de cuidados paliativos certificados por Medicare en su área de servicio, incluyendo programas que poseemos, controlamos o en los que tenemos un interés financiero. Su médico de cuidados paliativos puede ser un proveedor de la red o un proveedor fuera de la red.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • medicamentos para tratar los síntomas y el dolor 	\$0



Si tiene alguna pregunta, llame a Neighborhood INTEGRITY for Duals al 1-844-812-6896 (TTY 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes (puede dejar un mensaje de voz los sábados, domingos y días festivos federales). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
<ul style="list-style-type: none"> • cuidado de relevo a corto plazo • atención en el hogar <p>Los servicios de cuidados paliativos y los servicios cubiertos por la Parte A de Medicare o la Parte B de Medicare que se relacionan con su pronóstico terminal se facturan a Medicare:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicare Original (en lugar de nuestro plan) le pagará a su proveedor de cuidados paliativos por sus servicios de cuidados paliativos y cualquier servicio de la Parte A o B relacionado con su enfermedad terminal. Mientras esté en el programa de cuidados paliativos, su proveedor le facturará a Medicare Original los servicios que este paga. <p>Para servicios cubiertos por nuestro plan pero no cubiertos por Medicare Parte A o Medicare Parte B:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nuestro plan paga por los servicios no cubiertos por las Partes A y B de Medicare. Cubrimos estos servicios, independientemente de si están relacionados con su pronóstico terminal. No paga nada por estos servicios. <p>Para los medicamentos que pueden estar cubiertos por el beneficio de Medicare Parte D de nuestro plan:</p> <p>Los medicamentos nunca están cubiertos simultáneamente por los cuidados paliativos y nuestro plan. Para más información, consulte el Capítulo 5 de este <i>Manual del Miembro</i>.</p> <p>Nota: Si necesita cuidados no paliativos, llame a su coordinador de atención o a Servicios para Miembros para coordinar los servicios. Los cuidados no paliativos son aquellos que no están relacionados con su pronóstico terminal.</p>	
 <p>Vacunas</p> <p>Cubrimos los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • vacunas contra la neumonía • vacunas contra la gripe/influenza, una vez cada 	\$0



Si tiene alguna pregunta, llame a Neighborhood INTEGRITY for Duals al 1-844-812-6896 (TTY 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes (puede dejar un mensaje de voz los sábados, domingos y días festivos federales). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
<p>temporada de gripe/influenza en el caer e invierno, con refuerzos si fueran médicamente necesarios</p> <ul style="list-style-type: none"> • vacunas contra la hepatitis B si tiene riesgo alto o intermedio de contraerla • vacunas contra la COVID-19 • otras vacunas si está en riesgo y cumplen con los requisitos de Medicare. Parte B reglas de cobertura <p>Cubrimos otras vacunas que cumplen con las normas de cobertura de Medicare Parte D. Consulte el Capítulo 6 de este <i>Manual del Miembro</i> para obtener más información.</p>	
<p>Atención hospitalaria*</p> <p>Incluye servicios de hospitalización aguda, rehabilitación, atención a largo plazo y otros tipos de servicios hospitalarios. La atención hospitalaria comienza el día del ingreso formal al hospital con una orden médica.</p> <p>Cubrimos los siguientes servicios y otros servicios médicamente necesarios no enumerados aquí:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Habitación semiprivada (o una habitación privada si es médicamente necesaria) • Comidas, incluidas dietas especiales • Servicios regulares de enfermería • Costos de las unidades de cuidados especiales, como las unidades de cuidados intensivos o de cuidados coronarios • Fármacos y medicamentos • Pruebas de laboratorio • Rayos X y otros servicios de radiología • Suministros médicos y quirúrgicos necesarios • Aparatos, como sillas de ruedas • Servicios de quirófano y sala de recuperación <p>Este beneficio continúa en la página siguiente.</p>	<p>\$0</p> <p>Debe conseguir aprobación del plan para seguir recibiendo atención hospitalaria en un hospital fuera de la red después de su emergencia es bajo control.</p>



Si tiene alguna pregunta, llame a Neighborhood INTEGRITY for Duals al 1-844-812-6896 (TTY 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes (puede dejar un mensaje de voz los sábados, domingos y días festivos federales). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
<p>Atención hospitalaria*</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fisioterapia, terapia ocupacional y del habla • Servicios de abuso de sustancias para pacientes hospitalizados • En algunos casos, se realizan los siguientes tipos de trasplantes: de córnea, de riñón, de riñón/páncreas, de corazón, de hígado, de pulmón, de corazón/pulmón, de médula ósea, de células madre y de intestino/multivisceral. <p>Si necesita un trasplante, un centro de trasplantes aprobado por Medicare revisará su caso y decidirá si es candidato. Los proveedores de trasplantes pueden ser locales o estar fuera del área de servicio. Si los proveedores locales de trasplantes aceptan la tarifa de Medicare, podrá recibir sus servicios de trasplante localmente o fuera del patrón de atención de su comunidad. Si nuestro plan ofrece servicios de trasplante fuera del patrón de atención de nuestra comunidad y usted decide recibir el trasplante allí, nosotros organizamos o pagamos los gastos de alojamiento y viaje para usted y otra persona.</p> <ul style="list-style-type: none"> • sangre, incluido su almacenamiento y administración • servicios médicos <p>Nota: Para ser considerado paciente hospitalizado, su proveedor debe emitir una orden de ingreso formal. Incluso si pasa la noche en el hospital, podría ser considerado paciente ambulatorio. Si no está seguro de si es paciente hospitalizado o ambulatorio, consulte al personal del hospital.</p> <p>Obtenga más información en la hoja informativa de Medicare <i>"Beneficios hospitalarios de Medicare"</i>. Esta hoja informativa está disponible en Medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.</p> <p>*Puede requerirse autorización previa.</p>	





Si tiene alguna pregunta, llame a Neighborhood INTEGRITY for Duals al 1-844-812-6896 (TTY 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes (puede dejar un mensaje de voz los sábados, domingos y días festivos federales). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
<p>Servicios de hospitalización en un hospital psiquiátrico*</p> <p>Cubrimos los servicios de salud mental que requieren hospitalización.</p> <p>Está cubierto por hasta 190 días de internación en un hospital psiquiátrico independiente durante su vida (este límite de por vida no se aplica a los servicios de salud mental para pacientes internados que se brindan en una unidad psiquiátrica de un hospital general).</p> <p>Como miembro con doble elegibilidad, es posible que también esté cubierto en su totalidad por días ilimitados de atención de salud mental para pacientes internados, según sea médicamente necesario, más allá del límite de por vida de 190 días de Medicare.</p> <p>*Puede requerirse autorización previa.</p>	\$0
<p>Servicios y suministros para la enfermedad renal</p> <p>Pagamos por los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios educativos sobre la enfermedad renal para enseñarle sobre el cuidado renal y ayudarlo a tomar buenas decisiones sobre su atención. Debe tener enfermedad renal crónica en etapa IV y su médico debe derivarlo. Cubrimos hasta seis sesiones de servicios educativos sobre la enfermedad renal. • Tratamientos de diálisis para pacientes ambulatorios, incluidos los tratamientos de diálisis cuando se encuentra temporalmente fuera del área de servicio, como se explica en el Capítulo 3 de este <i>Manual del Miembro</i>, o cuando su proveedor para este servicio no está disponible o no es accesible temporalmente. • Tratamientos de diálisis para pacientes hospitalizados si es admitido como paciente internado en un hospital para recibir atención especial. • Capacitación en autodiálisis, incluida capacitación para usted y cualquier persona que lo ayude con sus tratamientos de diálisis en el hogar. • Equipos y suministros para diálisis en el hogar. • Ciertos servicios de apoyo domiciliario, como visitas necesarias de trabajadores de diálisis capacitados para controlar su diálisis en el hogar, ayudar en emergencias y verificar su 	\$0




Si tiene alguna pregunta, llame a Neighborhood INTEGRITY for Duals al 1-844-812-6896 (TTY 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes (puede dejar un mensaje de voz los sábados, domingos y días festivos federales). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
<p>equipo de diálisis y el suministro de agua.</p> <p>La Parte B de Medicare cubre algunos medicamentos para diálisis. Para obtener más información, consulte la sección "Medicamentos de la Parte B de Medicare" en esta tabla.</p>	
 <p>Detección del cáncer de pulmón mediante tomografía computarizada de baja dosis (LDCT)</p> <p>Nuestro plan cubre la detección del cáncer de pulmón cada 12 meses si:</p> <ul style="list-style-type: none"> • usted tiene entre 50 y 77 años, y • participa en una consulta de asesoramiento y toma de decisiones compartida con su médico u otro proveedor calificado, y • ha fumado al menos un paquete al día durante 20 años sin presentar signos ni síntomas de cáncer de pulmón, o fuma actualmente o ha dejado de fumar en los últimos 15 años. <p>Después de la primera prueba de detección, nuestro plan cubre otra prueba cada año con una orden escrita de su médico u otro proveedor calificado. Si un proveedor opta por ofrecer una consulta de asesoramiento y toma de decisiones compartidas para la detección del cáncer de pulmón, la consulta debe cumplir con los criterios de Medicare para dichas consultas.</p>	\$0
<p>Comidas</p> <p>El plan cubre las comidas a domicilio después del alta hospitalaria o de una cirugía. Este beneficio cubre catorce (14) comidas para dos (2) semanas y está limitado a dos (2) veces por año.</p>	\$0
 <p>Terapia nutricional médica*</p> <p>Este beneficio es para personas con diabetes o enfermedad renal que no reciben diálisis. También está disponible después de un trasplante de riñón cuando lo ordene su médico.</p> <p>Cubrimos tres horas de servicios de consejería individual durante el primer año que reciba servicios de terapia</p>	\$0



Si tiene alguna pregunta, llame a Neighborhood INTEGRITY for Duals al 1-844-812-6896 (TTY 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes (puede dejar un mensaje de voz los sábados, domingos y días festivos federales). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
<p>nutricional médica con Medicare. Podríamos aprobar servicios adicionales si son médicamente necesarios.</p> <p>Cubrimos dos horas de servicios de consejería individual cada año a partir de entonces. Si su condición, tratamiento o diagnóstico cambia, podría recibir más horas de tratamiento con una orden médica. Un médico debe recetar estos servicios y renovar la orden cada año si necesita tratamiento durante el siguiente año calendario. Podríamos aprobar servicios adicionales si es médicamente necesario.</p> <p>*Puede requerirse autorización previa.</p>	
 <p>Programa de Prevención de la Diabetes de Medicare (MDPP)</p> <p>Nuestro plan cubre los servicios del MDPP para las personas elegibles. El MDPP está diseñado para ayudarle a adoptar hábitos saludables. Ofrece formación práctica en:</p> <ul style="list-style-type: none"> • cambios en la dieta a largo plazo, y • aumento de la actividad física, y • maneras de mantener la pérdida de peso y un estilo de vida saludable. 	\$0
<p>Medicamentos de la Parte B de Medicare*</p> <p>Estos medicamentos están cubiertos por la Parte B de Medicare. Nuestro plan cubre los siguientes medicamentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • medicamentos que normalmente no se administran por sí solos y que se inyectan o infunden mientras recibe atención o durante las consultas médicas, hospitalarias ambulatorias o en centros de cirugía ambulatoria • insulina suministrada a través de un equipo médico duradero (como una bomba de insulina médicamente necesaria) • otros medicamentos que toma utilizando equipo médico duradero (como nebulizadores) que nuestro plan autorizó • el medicamento para el Alzheimer, Leqembi® (lecanemab genérico), que se administra por vía intravenosa (IV) • factores de coagulación que usted se administra mediante inyección si padece hemofilia • medicamentos inmunosupresores/para trasplantes: Medicare 	\$0



Si tiene alguna pregunta, llame a Neighborhood INTEGRITY for Duals al 1-844-812-6896 (TTY 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes (puede dejar un mensaje de voz los sábados, domingos y días festivos federales). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
<p>cubre la terapia con medicamentos para trasplantes si Medicare pagó por su trasplante de órgano. Debe tener la Parte A en el momento del trasplante cubierto y la Parte B en el momento en que reciba medicamentos inmunosupresores. La Parte D de Medicare cubre los medicamentos inmunosupresores si la Parte B no los cubre</p> <ul style="list-style-type: none"> • medicamentos inyectables para la osteoporosis. Pagamos estos medicamentos si no puede salir de casa, tiene una fractura ósea que un médico certifica relacionada con la osteoporosis posmenopáusica y no puede inyectarse el medicamento usted mismo. • algunos antígenos: Medicare cubre los antígenos si un médico los prepara y una persona debidamente instruida (que podría ser usted, el paciente) los administra bajo la supervisión adecuada. • ciertos medicamentos orales contra el cáncer: Medicare cubre algunos medicamentos orales contra el cáncer que se toman por vía oral si el mismo medicamento está disponible en forma inyectable o si el medicamento es un profármaco (una forma oral de un medicamento que, al ingerirse, se descompone en el mismo ingrediente activo que el medicamento inyectable). A medida que se disponga de nuevos medicamentos orales contra el cáncer, la Parte B podría cubrirlos. Si la Parte B no los cubre, la Parte D sí. • medicamentos orales contra las náuseas: Medicare cubre los medicamentos orales contra las náuseas que usted usa como parte de un régimen quimioterapéutico contra el cáncer si se administran antes, durante o dentro de las 48 horas posteriores a la quimioterapia o se usan como reemplazo terapéutico completo de un medicamento intravenoso contra las náuseas. • ciertos medicamentos orales para la enfermedad renal terminal (ESRD) cubiertos por la Parte B de Medicare • calcimiméticos en pacientes con ESRD Sistema de pago, incluyendo el medicamento intravenoso Parsabiv® y el medicamento oral Sensipar • ciertos medicamentos para diálisis en el hogar, incluida la heparina, el antídoto para la heparina (cuando es medicamento necesario) y los anestésicos tópicos <p>Este beneficio continúa en la página siguiente.</p>	



Si tiene alguna pregunta, llame a Neighborhood INTEGRITY for Duals al 1-844-812-6896 (TTY 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes (puede dejar un mensaje de voz los sábados, domingos y días festivos federales). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
<p>Medicamentos de la Parte B de Medicare* (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> agentes estimulantes de la eritropoyesis: Medicare cubre la eritropoyetina inyectable si usted padece ESRD o necesita este medicamento para tratar la anemia relacionada con ciertas otras afecciones (como Epogen®, Procrit®, Retacrit®, Epoetin Alfa, Aranesp® o Darbepoetin Alfa, Aranesp®, Darbepoetin Alfa®, Mircera® o Methoxy polyethylenglicol- epotin beta) inmunoglobulina intravenosa para el tratamiento domiciliario de enfermedades de inmunodeficiencia primaria nutrición parenteral y enteral (IV y alimentación por sonda) <p>El siguiente enlace lo lleva a una lista de medicamentos de la Parte B de Medicare que pueden estar sujetos a terapia escalonada:</p> <p>https://www.nhpri.org/providers/provider-resources/pharmacy/medical-step-therapy-criteria</p> <p>También cubrimos algunas vacunas bajo nuestro beneficio de medicamentos de la Parte B de Medicare y la mayoría de las vacunas para adultos bajo nuestro beneficio de medicamentos de la Parte D de Medicare.</p> <p>El Capítulo 5 de este <i>Manual del Miembro</i> explica nuestro beneficio de medicamentos. Explica las reglas que debe seguir para tener cobertura para sus recetas.</p> <p>El Capítulo 6 de este <i>Manual del Miembro</i> explica lo que usted paga por sus medicamentos a través de nuestro plan.</p> <p>Es posible que se requiera terapia escalonada para las siguientes categorías de medicamentos recetados de la Parte B:</p> <ul style="list-style-type: none"> Factores de coagulación para la hemofilia Medicamentos para enfermedades autoinmunitarias/inflamatorias crónicas Medicamentos oncológicos y hematológicos <p>Este beneficio continúa en la página siguiente.</p>	



Si tiene alguna pregunta, llame a Neighborhood INTEGRITY for Duals al 1-844-812-6896 (TTY 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes (puede dejar un mensaje de voz los sábados, domingos y días festivos federales). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
<p>Medicamentos de la Parte B de Medicare* (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Antieméticos • Medicamentos para la gota • Inmunoglobulinas (IVIG y SCIG) • Agentes para la esclerosis múltiple (EM) • Medicamentos para enfermedades de la retina • Anticuerpos monoclonales • Factores estimulantes de colonias de acción prolongada • Factores estimulantes de colonias de acción corta • Terapias de reemplazo enzimático • Ácido hialurónico • Medicamentos para el asma • Agentes endocrinos y metabólicos • Andrógenos • Enzima colagenasa bacteriana • Antifúngicos relacionados con el imidazol • Corticotropina • Medicamentos para el angioedema hereditario (HAE) • Agentes para el lupus eritematoso sistémico (SLE) • Anticuerpos monoclonales como agentes de inmunización pasiva y tratamiento • Medicamentos para la polineuropatía asociada a la amiloidosis • Agentes para el ALS • Medicamentos para la acromegalia • Medicamentos para el síndrome periódico asociado a la criopirina • Medicamentos para el tratamiento de la migraña • Medicamentos para la depresión/PDD <p>Este beneficio continúa en la página siguiente.</p>	



Si tiene alguna pregunta, llame a Neighborhood INTEGRITY for Duals al 1-844-812-6896 (TTY 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes (puede dejar un mensaje de voz los sábados, domingos y días festivos federales). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
<p>Medicamentos de la Parte B de Medicare* (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos para la atrofia muscular espinal (SMA) • Medicamentos para la hipertensión arterial pulmonar (HAP) • Agentes estimulantes de la eritropoyesis (ESA) • Toxinas botulínicas <p>*Puede requerirse autorización previa.</p> <p>Es posible que se aplique una autorización previa a algunos servicios de esta categoría, incluidos, entre otros, medicamentos administrados por el proveedor recetados para tratar el cáncer, deficiencias inmunológicas, enfermedades raras, trastornos neuromusculares, asma, osteoartritis y osteoporosis.</p>	
<p>Atención en centro de enfermería</p> <p>Un centro de enfermería (nursing facility, NF) es un lugar que brinda atención a personas que no pueden recibir atención en casa pero que no necesitan estar en un hospital.</p> <p>Los servicios que cubrimos incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Habitación semiprivada (o una habitación privada si es médicamente necesario) • Comidas, incluidas dietas especiales • Servicios de enfermería • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla • Terapia respiratoria • Medicamentos que se le recetan como parte de su plan de atención. (Esto incluye sustancias presentes de forma natural en el organismo, como los factores de coagulación sanguínea). • Sangre, incluido el almacenamiento y la administración 	\$0




Si tiene alguna pregunta, llame a Neighborhood INTEGRITY for Duals al 1-844-812-6896 (TTY 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes (puede dejar un mensaje de voz los sábados, domingos y días festivos federales). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
<ul style="list-style-type: none"> • Suministros médicos y quirúrgicos que suelen proporcionar los centros de enfermería. • Pruebas de laboratorio que suelen administrar los centros de enfermería. • Radiografías y otros servicios de radiología que suelen brindar los centros de enfermería. • Uso de aparatos, como sillas de ruedas, que suelen proporcionar los centros de enfermería. • Servicios de médico/profesional • Equipo médico duradero • Servicios dentales, incluidas dentaduras postizas • Beneficios para la visión • Exámenes de audición • Atención quiropráctica • Servicios de podología <p>Generalmente, recibe atención médica en centros de la red. Sin embargo, es posible que pueda recibirla en un centro fuera de ella. Puede recibir atención en los siguientes lugares si aceptan los montos de pago de nuestro plan:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un centro de enfermería o una comunidad de retiro con atención continua donde usted vivía justo antes de ir al hospital (siempre que brinde atención en un centro de enfermería). • Un centro de enfermería donde vive su cónyuge o pareja de hecho en el momento en que sale del hospital. <p>*Puede requerirse autorización previa.</p>	
<p>Beneficios nutricionales/dietéticos</p> <p>Cubriremos la terapia y el asesoramiento nutricional médico brindado por un dietista autorizado para ayudarlo a controlar una condición crónica o un problema médico como diabetes, presión arterial alta, obesidad o cáncer.</p>	\$0



Si tiene alguna pregunta, llame a Neighborhood INTEGRITY for Duals al 1-844-812-6896 (TTY 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes (puede dejar un mensaje de voz los sábados, domingos y días festivos federales). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
<p>También cubriremos la terapia y el asesoramiento nutricional médico si está tomando un medicamento que pueda afectar la capacidad de su cuerpo para absorber nutrientes o su metabolismo.</p>	
 <p>Detección y tratamiento de la obesidad para controlar el peso</p> <p>Si tiene un índice de masa corporal (BMI) de 30 o más, pagamos la terapia para ayudarlo a bajar de peso. Debe recibirla en un centro de atención primaria. De esta manera, podrá gestionarla con su plan de prevención integral. Consulte con su médico de atención primaria para más información.</p>	\$0
<p>Servicios del programa de tratamiento para el trastorno por consumo de opioides (OTP)</p> <p>Nuestro plan paga los siguientes servicios para tratar el trastorno por consumo de opioides (opioid use disorder, OUD) a través de un OTP que incluye los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • actividades de admisión • evaluaciones periódicas • medicamentos aprobados por la FDA y, si corresponde, administrarle y administrarles estos medicamentos • asesoramiento sobre el consumo de sustancias • terapia individual y de grupo • pruebas para detectar drogas o productos químicos en su cuerpo (análisis toxicológicos) 	\$0
<p>Pruebas diagnósticas, servicios terapéuticos y suministros para pacientes externos*</p> <p>Cubrimos los siguientes servicios y otros servicios médicamente necesarios no enumerados aquí:</p> <p>Este beneficio continúa en la página siguiente.</p>	\$0



Si tiene alguna pregunta, llame a Neighborhood INTEGRITY for Duals al 1-844-812-6896 (TTY 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes (puede dejar un mensaje de voz los sábados, domingos y días festivos federales). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
<p>Pruebas diagnósticas, servicios terapéuticos y suministros para pacientes externos* (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rayos X • Radioterapia (radio e isótopos), incluidos los materiales y suministros técnicos. • Suministros quirúrgicos, como apósitos • Férulas, yesos, y otros dispositivos para fracturas y dislocaciones • Análisis de laboratorio • Sangre, incluido el almacenamiento y administración • Pruebas diagnósticas que no sean de laboratorio, como tomografías computarizadas, resonancias magnéticas, electrocardiogramas y tomografías por emisión de positrones, cuando su médico u otro proveedor de atención médica las solicita para tratar una afección médica. • Otras pruebas diagnósticas para pacientes externos <p>*Puede requerirse autorización previa.</p>	
<p>Observación hospitalaria ambulatoria</p> <p>Cubrimos los servicios de observación hospitalaria para pacientes externos para determinar si necesitan ser admitidos como hospitalizados o pueden ser dados de alta.</p> <p>Los servicios deben cumplir con los criterios de Medicare y considerarse razonables y necesarios. Los servicios de observación solo están cubiertos cuando se prestan por orden de un médico u otra persona autorizada por la ley estatal y los estatutos del personal del hospital para admitir pacientes o solicitar pruebas ambulatorias.</p> <p>Nota: A menos que el proveedor haya emitido una orden de ingreso hospitalario, usted es un paciente externo. Incluso si pasa la noche en el hospital, podría ser considerado un paciente externo. Si no está seguro de si es un paciente externo, pregunte al personal del hospital.</p>	\$0



Si tiene alguna pregunta, llame a Neighborhood INTEGRITY for Duals al 1-844-812-6896 (TTY 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes (puede dejar un mensaje de voz los sábados, domingos y días festivos federales). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
<p>Obtenga más información en la hoja informativa de Medicare "Beneficios Hospitalarios de Medicare". Esta hoja informativa está disponible en Medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf</p>	
<p>Servicios hospitalarios para pacientes externos*</p> <p>Cubrimos los servicios médicamente necesarios que recibe en el departamento ambulatorio de un hospital para el diagnóstico o tratamiento de una enfermedad o lesión, como:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios en un departamento de emergencias o una clínica ambulatoria, como cirugía ambulatoria o servicios de observación. <ul style="list-style-type: none"> ○ Los servicios de observación ayudan a su médico a saber si necesita ser ingresado en el hospital como "paciente internado". ○ A veces, es posible pasar la noche en el hospital y aún así ser un paciente "externo". ○ Puede obtener más información sobre cómo ser paciente hospitalizado o externo en esta hoja informativa: es.medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf. • Pruebas de laboratorio y de diagnóstico facturadas por el hospital • Atención de salud mental, incluida la atención en un programa de hospitalización parcial, si un médico certifica que se necesitaría tratamiento hospitalario sin ella • Radiografías y otros servicios de radiología facturados por el hospital • Suministros médicos, como férulas y yesos. • Exámenes y servicios preventivos enumerados en el Cuadro de beneficios • Algunos medicamentos que no puede administrarse usted mismo <p>*Puede requerirse autorización previa.</p>	<p>\$0</p>



Si tiene alguna pregunta, llame a Neighborhood INTEGRITY for Duals al 1-844-812-6896 (TTY 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes (puede dejar un mensaje de voz los sábados, domingos y días festivos federales). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
<p>Atención ambulatoria de salud mental</p> <p>Pagamos por los servicios de salud mental proporcionados por:</p> <ul style="list-style-type: none"> • centros comunitarios de salud mental • un psiquiatra o médico con licencia estatal • un psicólogo clínico • un trabajador social clínico • una enfermera clínica especialista • un consejero profesional autorizado (LPC) • un terapeuta matrimonial y familiar con licencia (LMFT) • una enfermera practicante (NP) • un asistente médico (PA) • cualquier otro profesional de atención de salud mental calificado por Medicare o Medicaid de Rhode Island según lo permitan las leyes estatales aplicables <p>Cubrimos servicios de salud mental que incluyen, entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none"> • tratamiento de narcóticos basado en la comunidad • desintoxicación comunitaria • servicios ambulatorios intensivos y • servicios de intervención en crisis 	\$0
<p>Servicios de rehabilitación para pacientes externos*</p> <p>Cubrimos fisioterapia, terapia ocupacional, terapia del habla, terapia auditiva, terapia respiratoria y otras terapias relacionadas.</p> <p>Puede obtener servicios de rehabilitación ambulatoria en departamentos ambulatorios de hospitales, consultorios de terapeutas independientes, centros integrales de rehabilitación</p>	\$0



Si tiene alguna pregunta, llame a Neighborhood INTEGRITY for Duals al 1-844-812-6896 (TTY 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes (puede dejar un mensaje de voz los sábados, domingos y días festivos federales). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
<p>ambulatoria (comprehensive outpatient rehabilitation facilities, CORF) y otras instalaciones.</p> <p>*Puede requerirse autorización previa.</p>	
<p>Servicios para trastornos por consumo de sustancias para pacientes externos*</p> <p>Cubrimos los siguientes servicios y quizás otros servicios no enumerados aquí:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Detección y asesoramiento sobre el abuso de alcohol • Tratamiento del abuso de drogas • Asesoramiento grupal o individual por parte de un médico calificado • Desintoxicación subaguda en un programa residencial de adicciones • Servicios de tratamiento de alcohol y/o drogas en un centro de tratamiento ambulatorio intensivo • Tratamiento con naltrexona de liberación prolongada (Vivitrol) • Servicios del Programa de tratamiento de opioides (OTP) en el hogar que brindan recursos a miembros dependientes de opioides que actualmente reciben o que cumplen con los criterios para el tratamiento asistido con medicamentos desintoxicación administrada médicamente en un entorno hospitalario o un programa de desintoxicación tratamiento de diagnóstico dual integrado para personas con enfermedades mentales y trastornos por uso de sustancias tratamiento por uso de sustancias ordenado por un tribunal <p>*Puede requerirse autorización previa.</p>	<p>\$0</p>



Si tiene alguna pregunta, llame a Neighborhood INTEGRITY for Duals al 1-844-812-6896 (TTY 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes (puede dejar un mensaje de voz los sábados, domingos y días festivos federales). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
<p>Cirugía para pacientes externos*</p> <p>Pagamos cirugías ambulatorias y servicios en centros hospitalarios para pacientes ambulatorios y centros quirúrgicos ambulatorios.</p> <p>Nota: Si se va a someter a una cirugía en un hospital, debe consultar con su proveedor de atención médica si será paciente hospitalizado o externo. A menos que el proveedor emita una orden de ingreso hospitalario, usted es paciente externo. Incluso si pasa la noche en el hospital, podría ser considerado paciente externo.</p> <p>*Puede requerirse autorización previa.</p>	\$0
<p>Beneficio de medicamentos de venta libre (OTC)</p> <p>Ofrecemos un beneficio de venta libre (OTC) como beneficio complementario para nuestros miembros. Los artículos OTC son medicamentos y productos de salud que no requieren receta médica.</p> <p>Los miembros reciben una asignación de \$28 por mes para gastar en medicamentos de venta libre cubiertos y otros artículos relacionados con la salud.</p> <p>Se puede acceder a esta prestación a través de:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tarjeta de débito designada • Créditos de compra por catálogo <p>Los fondos no utilizados vencen al final del mes calendario y no se pueden transferir al mes siguiente.</p>	\$0



Si tiene alguna pregunta, llame a Neighborhood INTEGRITY for Duals al 1-844-812-6896 (TTY 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes (puede dejar un mensaje de voz los sábados, domingos y días festivos federales). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
<p>Servicios de hospitalización parcial y servicios ambulatorios intensivos*</p> <p>La hospitalización parcial es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo. Se ofrece como servicio ambulatorio en un hospital o en un centro de salud mental comunitario, y es más intensivo que la atención que recibe en el consultorio de su médico, terapeuta, terapeuta matrimonial y familiar certificado (LMFT) o consejero profesional certificado. Puede ayudarle a evitar la hospitalización.</p> <p>El servicio ambulatorio intensivo es un programa estructurado de tratamiento de terapia de salud conductual (mental) activa proporcionado como un servicio ambulatorio hospitalario, un centro de salud mental comunitario, un centro de salud calificado a nivel federal o una clínica de salud rural que es más intenso que la atención que recibe en el consultorio de su médico, terapeuta, LMFT o consejero profesional autorizado, pero menos intenso que una hospitalización parcial.</p> <p>*Puede requerirse autorización previa.</p>	\$0
<p>Servicios médicos o de proveedores, incluidas las visitas al consultorio médico*</p> <p>Cubrimos los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de atención médica o cirugía médicamente necesarios prestados en lugares como: <ul style="list-style-type: none"> ○ Consultorio médico ○ Centro quirúrgico ambulatorio certificado ○ Departamento de pacientes externos de un hospital • Consulta, diagnóstico, y tratamiento por un especialista • Exámenes básicos de audición y equilibrio realizados por su médico de atención primaria, si su doctor los solicita, para averiguar si necesita tratamiento <p>Este beneficio continúa en la página siguiente.</p>	\$0



Si tiene alguna pregunta, llame a Neighborhood INTEGRITY for Duals al 1-844-812-6896 (TTY 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes (puede dejar un mensaje de voz los sábados, domingos y días festivos federales). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
<p>Servicios médicos o de proveedores, incluidas las visitas al consultorio médico* (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ciertos servicios de telesalud, incluidos: servicios de urgencia, servicios de médicos de atención primaria, servicios de terapia ocupacional, servicios de médicos especialistas, servicios especializados de salud mental individuales y grupales, otros servicios profesionales de atención médica, sesiones individuales y grupales para servicios psiquiátricos, servicios de fisioterapia y patología del habla y el lenguaje, sesiones individuales y grupales para pacientes ambulatorios sobre abuso de sustancias, servicios de educación sobre enfermedades renales y capacitación para el autocontrol de la diabetes. <ul style="list-style-type: none"> ○ Tiene la opción de recibir estos servicios mediante una consulta presencial o por telesalud. Si elige recibir alguno de estos servicios por telesalud, debe usar un proveedor de la red que ofrezca el servicio por telesalud. ○ Los servicios de telesalud están disponibles por teléfono o video chat. • Algunos servicios de telesalud, que incluyen consulta, diagnóstico y tratamiento por parte de un médico o profesional, para miembros en ciertas áreas rurales u otros lugares, deben ser aprobados por Medicare. • Servicios de telesalud para visitas mensuales relacionadas con la enfermedad renal en etapa terminal (ESRD) para miembros de diálisis domiciliaria en un centro de diálisis renal basado en un hospital o en un hospital de acceso crítico, un centro de diálisis renal o en el hogar. <p>Este beneficio continúa en la página siguiente.</p>	




Si tiene alguna pregunta, llame a Neighborhood INTEGRITY for Duals al 1-844-812-6896 (TTY 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes (puede dejar un mensaje de voz los sábados, domingos y días festivos federales). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
<p>Servicios médicos o de proveedores, incluidas las visitas al consultorio médico* (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de telesalud para diagnosticar, evaluar o tratar los síntomas de un accidente cerebrovascular. • Servicios de telesalud para miembros con un trastorno por consumo de sustancias o trastorno de salud mental concurrente • Servicios de telesalud para diagnóstico, evaluación, y tratamiento de trastornos de salud mental si: <ul style="list-style-type: none"> ○ Tiene una visita en persona dentro de los 6 meses anteriores a su primera visita de telesalud ○ Tiene una visita en persona cada 12 meses mientras recibe estos servicios de telesalud ○ Se pueden hacer excepciones a lo anterior en determinadas circunstancias. • Servicios de telesalud para visitas de salud mental proporcionados por rural salud clínicas y centros de salud calificados a nivel federal • Consultas virtuales (por ejemplo, por teléfono o video chat) con su médico durante 5 a 10 minutos si <ul style="list-style-type: none"> ○ no es un paciente nuevo y ○ la consulta no está relacionada con una visita al consultorio en los últimos 7 días y ○ la consulta no resulta en una visita al consultorio dentro de las 24 horas o la primera cita disponible • Evaluación de videos y/o imágenes que envíe al médico y su interpretación; y un seguimiento por su médico dentro de las 24 horas si: <ul style="list-style-type: none"> ○ no es un paciente nuevo y <p>Este beneficio continúa en la página siguiente.</p>	




Si tiene alguna pregunta, llame a Neighborhood INTEGRITY for Duals al 1-844-812-6896 (TTY 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes (puede dejar un mensaje de voz los sábados, domingos y días festivos federales). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
<p>Servicios médicos o de proveedores, incluidas las visitas al consultorio médico* (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ la consulta no está relacionada con una visita al consultorio en los últimos 7 días y ○ la consulta no resulta en una visita al consultorio dentro de las 24 horas o la primera cita disponible ● Consulta que su médico tenga con otros médicos por teléfono, Internet o historia clínica electrónica si no es un paciente nuevo ● Segunda opinión de otro proveedor de la red antes de una cirugía <p>*Puede requerirse autorización previa.</p>	
<p>Servicios de podología</p> <p>Cubrimos los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Diagnóstico y tratamiento médico o quirúrgico de lesiones y enfermedades del pie (como dedo en martillo o espolón calcáneo) ● Cuidado podológico de rutina para miembros con afecciones que afectan las piernas, como la diabetes. 	\$0
 <p>Profilaxis previa a la exposición (PrEP) para la prevención del VIH</p> <p>Si no tiene VIH, pero su médico u otro profesional de la salud determina que tiene un mayor riesgo de contraer VIH, cubrimos los medicamentos de profilaxis previa a la exposición (PrEP) y los servicios relacionados.</p> <p>Este beneficio continúa en la página siguiente.</p>	\$0




Si tiene alguna pregunta, llame a Neighborhood INTEGRITY for Duals al 1-844-812-6896 (TTY 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes (puede dejar un mensaje de voz los sábados, domingos y días festivos federales). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
<p>Profilaxis previa a la exposición (PrEP) para la prevención del VIH (continuación)</p> <p>Si califica, los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamento de PrEP oral o inyectable aprobado por la FDA. Si recibe un medicamento inyectable, también cubrimos el costo de la inyección. • Hasta 8 sesiones de asesoramiento individual (incluida evaluación del riesgo de VIH, reducción del riesgo de VIH y adherencia a la medicación) cada 12 meses. • Hasta 8 pruebas de detección del VIH cada 12 meses. • Una prueba única de detección del virus de la hepatitis B. 	
 <p>Exámenes de detección del cáncer de próstata</p> <p>Para los hombres de 50 años o más, cubrimos los siguientes servicios una vez cada 12 meses:</p> <ul style="list-style-type: none"> • un examen rectal digital • una prueba del antígeno prostático específico (prostate specific antigen, PSA) 	\$0
<p>Prótesis, órtesis y suministros relacionados*</p> <p>Las prótesis reemplazan total o parcialmente una parte del cuerpo o su función. Se incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pruebas, ajustes o capacitación en el uso de prótesis y órtesis • Bolsas de colostomía y suministros relacionados con su cuidado • Marcapasos • Aparatos ortopédicos • Calzado ortopédico • Brazos y piernas artificiales • Prótesis mamarias (incluido un sujetador quirúrgico después de una mastectomía) 	\$0




Si tiene alguna pregunta, llame a Neighborhood INTEGRITY for Duals al 1-844-812-6896 (TTY 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes (puede dejar un mensaje de voz los sábados, domingos y días festivos federales). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
<p>Cubrimos algunos suministros relacionados con prótesis y órtesis. También pagamos la reparación o el reemplazo de prótesis y órtesis.</p> <p>Ofrecemos cierta cobertura después de la extracción o cirugía de cataratas. Consulte la sección "Cuidado de la vista" en esta tabla para obtener más detalles.</p> <p>*Puede requerirse autorización previa.</p>	
<p>Servicios de rehabilitación pulmonar</p> <p>Cubrimos programas de rehabilitación pulmonar para miembros con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) de moderada a muy grave. Debe tener una orden de rehabilitación pulmonar del médico o proveedor que trata la EPOC.</p>	\$0
<p>Servicios residenciales de tratamiento de salud mental y consumo de sustancias</p> <p>Cubrimos servicios como:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tratamiento de salud mental a corto y largo plazo • Tratamiento residencial por consumo agudo de sustancias • Tratamiento de salud mental y consumo de sustancias ordenado por un tribunal 	\$0
<p> Detección de infección por el virus de la hepatitis C</p> <p>Cubrimos una prueba de detección de hepatitis C si su médico de atención primaria u otro proveedor de atención médica calificado la solicita y usted cumple con una de estas condiciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Corre un alto riesgo porque consume o ha consumido drogas inyectables ilícitas. • Recibió una transfusión de sangre antes de 1992. • Nació entre 1945 y 1965. <p>Si nació entre 1945 y 1965 y no se considera de alto riesgo, cubrimos una prueba de detección. Si tiene alto riesgo (por</p>	\$0




Si tiene alguna pregunta, llame a Neighborhood INTEGRITY for Duals al 1-844-812-6896 (TTY 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes (puede dejar un mensaje de voz los sábados, domingos y días festivos federales). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
<p>ejemplo, si ha continuado consumiendo drogas inyectables ilegales desde su última prueba de detección de hepatitis C negativa), cubrimos pruebas anuales.</p>	
<p> Pruebas y asesoramiento sobre infecciones de transmisión sexual (ITS)</p> <p>Cubrimos las pruebas de detección de clamidia, gonorrea, sífilis y hepatitis B para personas mayores de 21 años. Estas pruebas están cubiertas para mujeres embarazadas y para algunas personas con mayor riesgo de contraer una ITS. Un proveedor de atención primaria debe solicitar las pruebas. Cubrimos estas pruebas una vez cada 12 meses o en ciertos momentos del embarazo.</p> <p>También cubrimos hasta dos sesiones presenciales de terapia conductual de alta intensidad al año para adultos sexualmente activos con mayor riesgo de contraer ITS. Cada sesión puede durar entre 20 y 30 minutos. Pagamos estas sesiones como servicio preventivo solo si las imparte un profesional de atención primaria. Las sesiones deben realizarse en un centro de atención primaria, como un consultorio médico.</p>	\$0
<p>Atención en un centro de enfermería especializada (SNF)*</p> <p>Para obtener una definición de atención en un centro de enfermería especializada, consulte el Capítulo 12.</p> <p>No se requiere estadía hospitalaria previa.</p> <p>Cubrimos los siguientes servicios, y tal vez otros servicios no enumerados aquí:</p> <ul style="list-style-type: none"> • habitación semiprivada o privada si es médicamente necesaria • comidas, incluidas dietas especiales • servicios de enfermería especializada • fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla <p>Este beneficio continúa en la página siguiente.</p>	\$0



Si tiene alguna pregunta, llame a Neighborhood INTEGRITY for Duals al 1-844-812-6896 (TTY 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes (puede dejar un mensaje de voz los sábados, domingos y días festivos federales). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
<p>Atención en un centro de enfermería especializada (SNF)* (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • medicamentos que recibe como parte de su plan de atención, incluidas sustancias que se encuentran naturalmente en el cuerpo, como los factores de coagulación sanguínea • sangre, incluido almacenamiento y administración • Suministros médicos y quirúrgicos proporcionados por los SNF • pruebas de laboratorio realizadas por los SNF • rayos X y otros servicios de radiología proporcionados por los centros de enfermería • accesorios, como sillas de ruedas, generalmente dado por centros de enfermería • servicios médicos o del proveedor <p>Generalmente, recibe atención de un centro de enfermería especializada (SNF) en centros de la red. En ciertas circunstancias, podría recibir atención en un centro fuera de nuestra red. Puede recibir atención en los siguientes lugares si aceptan los montos de pago de nuestro plan:</p> <ul style="list-style-type: none"> • un centro de enfermería o una comunidad de retiro con atención continua donde vivía antes de ir al hospital (siempre que brinde atención en un centro de enfermería) • un centro de enfermería donde vive su cónyuge o pareja de hecho en el momento en que sale del hospital <p>*Puede requerirse autorización previa.</p>	
 <p>Dejar de fumar y de consumir tabaco</p> <p>Si consume tabaco, no presenta signos ni síntomas de enfermedades relacionadas con el tabaco y desea o necesita dejar de hacerlo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pagamos dos intentos para dejar de fumar en un período de 12 meses como servicio preventivo. Este servicio es gratuito. Cada intento incluye hasta cuatro visitas de asesoramiento 	\$0




Si tiene alguna pregunta, llame a Neighborhood INTEGRITY for Duals al 1-844-812-6896 (TTY 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes (puede dejar un mensaje de voz los sábados, domingos y días festivos federales). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
<p>presencial.</p> <p>Si consume tabaco y le han diagnosticado una enfermedad relacionada con el tabaco o está tomando medicamentos que pueden verse afectados por el tabaco:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pagamos dos sesiones de terapia para dejar de fumar en un período de 12 meses. Cada sesión incluye hasta cuatro visitas presenciales. 	
<p>Equipo médico especial/dispositivos de asistencia menores*</p> <p>Cubrimos equipos y suministros médicos especiales para facilitar la realización de actividades diarias, como comer y bañarse.</p> <p>*Puede requerirse autorización previa.</p>	\$0
<p>Terapia de ejercicio supervisado (supervised exercise therapy, SET)</p> <p>Cubrimos la SET para los miembros con enfermedad arterial periférica (peripheral artery disease, PAD) sintomática que cuenten con una derivación del médico responsable de su tratamiento. Nuestro plan cubre:</p> <ul style="list-style-type: none"> • hasta 36 sesiones durante un período de 12 semanas si se cumplen todos los requisitos del SET • 36 sesiones adicionales a lo largo del tiempo si un proveedor de atención médica lo considera médicamente necesario <p>Requisitos del Programa de SET:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sesiones de 30 a 60 minutos de un programa de entrenamiento de ejercicio terapéutico para la PAD en miembros con calambres en las piernas debido a un flujo sanguíneo deficiente (claudicación) • Dictarse en un entorno ambulatorio hospitalario o en un consultorio médico 	\$0




Si tiene alguna pregunta, llame a Neighborhood INTEGRITY for Duals al 1-844-812-6896 (TTY 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes (puede dejar un mensaje de voz los sábados, domingos y días festivos federales). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
<ul style="list-style-type: none"> • Impartirse por personal cualificado que garantiza que el beneficio supere el daño y que esté capacitado en terapia de ejercicios para la PAD. • Darse bajo la supervisión directa de a médico, asistente médico o enfermero practicante/enfermero clínico especialista capacitado en técnicas básicas y avanzadas de soporte vital 	
<p>Atención médica urgente</p> <p>La atención médica urgente sirve para tratar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • una situación que no es de emergencia y que requiere atención médica inmediata, o • una enfermedad imprevista, o • una lesión, o • una condición que requiere atención inmediata <p>Si necesita atención médica urgente, primero debe intentar obtenerla de un proveedor de la red. Sin embargo, puede recurrir a proveedores fuera de la red cuando no pueda acceder a uno porque, dadas las circunstancias, no sea posible o no sea razonable obtener este servicio de proveedores de la red (por ejemplo, si se encuentra fuera del área de servicio del plan y necesita servicios médicos inmediatos para una afección no diagnosticada, pero no se trata de una emergencia médica).</p> <ul style="list-style-type: none"> • La cobertura incluye los Estados Unidos y sus territorios, así como en todo el mundo. 	\$0
 <p>Cuidado de la vista</p> <p>Pagamos los servicios médicos ambulatorios para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades y lesiones oculares. Por ejemplo, el tratamiento de la degeneración macular asociada a la edad.</p> <p>Para las personas con alto riesgo de glaucoma, pagamos una prueba de detección de glaucoma al año. Las personas con alto riesgo de glaucoma incluyen:</p> <p>Este beneficio continúa en la página siguiente.</p>	\$0



Si tiene alguna pregunta, llame a Neighborhood INTEGRITY for Duals al 1-844-812-6896 (TTY 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes (puede dejar un mensaje de voz los sábados, domingos y días festivos federales). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
<p>Cuidado de la vista (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • personas con antecedentes familiares de glaucoma • personas con diabetes • afroamericanos de 50 años o más • hispanoamericanos mayores de 65 años <p>Para las personas con diabetes, pagamos la detección de retinopatía diabética una vez al año.</p> <p>Cubrimos las lentes y los marcos una vez cada dos años. Las lentes de los anteojos se cubren más de una vez cada dos años solo si es médicamente necesario.</p> <p>Cubrimos un par de anteojos o lentes de contacto después de cada cirugía de cataratas cuando el médico inserta una lente intraocular.</p> <p>Si se somete a dos cirugías de cataratas por separado, debe obtener un par de gafas después de cada cirugía. No puede obtener dos pares de gafas después de la segunda cirugía, incluso si no recibió un par de gafas después de la primera.</p>	
 <p>Visita preventiva “Bienvenido a Medicare”</p> <p>Cubrimos una sola vez la visita preventiva “Bienvenido a Medicare”. La misma incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> • una revisión de su salud, • información y asesoramiento acerca de servicios preventivos que necesita (incluidos exámenes y vacunas), y • derivaciones para otros servicios, si los necesita <p>Nota: Cubrimos la visita preventiva “Bienvenido a Medicare” solo durante los primeros 12 meses que tenga Medicare Parte B. Cuando programe su cita, informe al consultorio de su médico que desea programar su visita preventiva de “Bienvenido a Medicare”.</p>	\$0



Si tiene alguna pregunta, llame a Neighborhood INTEGRITY for Duals al 1-844-812-6896 (TTY 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes (puede dejar un mensaje de voz los sábados, domingos y días festivos federales). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Cobertura mundial de emergencias/urgencias Neighborhood ofrece cobertura mundial de emergencias/urgencias como beneficio adicional para nuestros miembros. La cobertura mundial está disponible únicamente para servicios de urgencia y emergencia. Para obtener información sobre servicios de urgencia o emergencia internacionales, puede contactar al plan para obtener más detalles sobre cómo acceder a este beneficio.	\$0

E. Servicios y apoyos a largo plazo (LTSS)

Nuestro plan también cubre servicios y apoyos a largo plazo (LTSS) para los miembros que los necesitan y cumplan con los requisitos para recibirlos, según lo determine Medicaid de Rhode Island. Quizás deba pagar una parte del costo de los servicios. Esto se llama “costo compartido” y el monto que usted paga lo determina Medicaid de Rhode Island.

LTSS con cobertura	Lo que usted paga
Vida asistida Nuestro plan cubrirá los servicios y apoyos necesarios para que usted viva en un centro de vida asistida. El plan cubre varios niveles de vida asistida según sus necesidades médicas.	Determinado por Medicaid de Rhode Island
Servicios de transición comunitaria Nuestro plan le brindará servicios para ayudarlo a mudarse de un centro o institución de enfermería a una vivienda particular. El plan también cubrirá algunos gastos de manutención únicos para ayudarlo a establecer una vivienda particular cuando se mude de un centro o institución de enfermería.	Determinado por Medicaid de Rhode Island
Apoyos diurnos Nuestro plan pagará servicios que le ayudarán con su autoayuda y sus habilidades sociales.	Determinado por Medicaid de Rhode Island



Si tiene alguna pregunta, llame a Neighborhood INTEGRITY for Duals al 1-844-812-6896 (TTY 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes (puede dejar un mensaje de voz los sábados, domingos y días festivos federales). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

LTSS con cobertura	Lo que usted paga
Apoyo al empleo Nuestro plan pagará servicios como supervisión, transporte o capacitación, para ayudarle a conseguir o mantener un trabajo remunerado.	Determinado por Medicaid de Rhode Island
Servicios de ama de casa Nuestro plan pagará los servicios de ama de casa para ayudar con las tareas generales del hogar, como la preparación de comidas o el cuidado general del hogar.	Determinado por Medicaid de Rhode Island
Comidas a domicilio Nuestro plan pagará hasta una comida cinco días a la semana que se entregará en su domicilio.	Determinado por Medicaid de Rhode Island
Asistencia para el cuidado personal Nuestro plan pagará la asistencia con las actividades diarias en su hogar o la comunidad si tiene una discapacidad y no puede realizar las actividades por su cuenta.	Determinado por Medicaid de Rhode Island
Enfermería privada Nuestro plan pagará la atención individual y continua brindada por enfermeras autorizadas en su hogar.	Determinado por Medicaid de Rhode Island
Servicios de rehabilitación Nuestro plan pagará servicios especializados de fisioterapia, terapia ocupacional y del habla en centros de rehabilitación ambulatorios.	Determinado por Medicaid de Rhode Island
Servicios residenciales Nuestro plan pagará los servicios que le ayudarán con las actividades diarias necesarias para vivir en su propia casa, como aprender a preparar comidas y realizar las tareas del hogar.	Determinado por Medicaid de Rhode Island



Si tiene alguna pregunta, llame a Neighborhood INTEGRITY for Duals al 1-844-812-6896 (TTY 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes (puede dejar un mensaje de voz los sábados, domingos y días festivos federales). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

LTSS con cobertura	Lo que usted paga
Relevo Nuestro plan pagará servicios de cuidado temporal o a corto plazo cuando una persona que habitualmente lo cuida no esté disponible para brindarle atención.	Determinado por Medicaid de Rhode Island
Rlte @ Home (viviendas compartidas) Nuestro plan pagará el cuidado personal y otros servicios proporcionados por un cuidador que viva en el hogar.	Determinado por Medicaid de Rhode Island
Servicios y apoyos autodirigidos Si está inscrito en atención autodirigida, nuestro plan cubrirá: <ul style="list-style-type: none"> servicios, equipos y suministros que le ayudan a vivir en la comunidad, servicios para ayudarle a dirigir y pagar sus propios servicios. 	Determinado por Medicaid de Rhode Island
Compañía para adultos mayores Nuestro plan cubrirá ayuda no médica y apoyo social con actividades diarias, como preparación de comidas, lavado de ropa y compras.	Determinado por Medicaid de Rhode Island
Servicios de enfermería especializada Nuestro plan cubrirá los servicios de enfermería especializada.	Determinado por Medicaid de Rhode Island

F. Beneficios cubiertos fuera de nuestro plan

No cubrimos los siguientes servicios, pero están disponibles a través de Medicaid de Rhode Island.

F1. Servicios dentales

La atención dental de rutina, como limpiezas, empastes y dentaduras postizas, está cubierta por Medicaid de Rhode Island. Para servicios dentales de rutina, podemos ayudarle a encontrar un proveedor que acepte el programa de pago por servicio de Medicaid de Rhode Island. Para obtener estos servicios, debe usar su tarjeta de identificación de Medicaid de Rhode Island ("ancla"). En algunos casos, la atención dental necesaria para tratar una enfermedad o lesión



Si tiene alguna pregunta, llame a Neighborhood INTEGRITY for Duals al 1-844-812-6896 (TTY 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes (puede dejar un mensaje de voz los sábados, domingos y días festivos federales). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

puede estar cubierta por Neighborhood INTEGRITY for Duals como atención hospitalaria o ambulatoria. Llame a Neighborhood INTEGRITY for Duals al 1-844-812-6896 (TTY 711) si no está seguro de si Neighborhood INTEGRITY for Duals cubre los servicios dentales que necesita o si necesita ayuda para encontrar un dentista.

F2. Transporte médico no urgente

Podría ser elegible para un pase de autobús RIPTA con tarifa reducida. Para obtenerlo, visite la Oficina de Identificación de RIPTA en One Kennedy Plaza, Providence, RI 02903 o la Oficina de Atención al Cliente de RIPTA, en 705 Olmo Avenue, Providence, RI 02907. Llame a RIPTA al 1-401-784-9500 para obtener más información o visite <https://www.ripta.com/reducedfare/>.

Si no puede usar un pase de autobús RIPTA, Medicaid de Rhode Island cubre los servicios de transporte médico que no sea de emergencia (non-emergency medical transportation, NEMT) para citas médicas, dentales u otras consultas relacionadas con la salud. Si necesita NEMT de rutina, llame al 1-855-330-9131 (TTY 711), de 5:00 a. m. a 6:00 p. m., de lunes a viernes, o al número de teléfono de Servicios para Miembros del Neighborhood INTEGRITY for Duals al 1-844-812-6896 (TTY 711). **Al programar su NEMT, use su tarjeta de identificación de Medicaid de Rhode Island (“ancla”).**

También puede programar un servicio de transporte no urgente de rutina a través del portal en línea para miembros: www.mtm-inc.net/rhode-island/. Puede solicitar transporte para atención urgente las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Programe el transporte para atención no urgente al menos 48 horas antes de su cita.

Llame para programar el:	Si necesita transporte el:
Lunes	Miércoles
Martes	Jueves
Miércoles	Viernes, sábado, o domingo
Jueves	Lunes
Viernes	Martes

F3. Servicios residenciales para personas con discapacidades intelectuales y del desarrollo

Los servicios residenciales para personas con discapacidades intelectuales y del desarrollo están cubiertos por Medicaid de Rhode Island. Llame a Neighborhood INTEGRITY for Duals al 1-844-812-6896 (TTY 711) si no está seguro de si los servicios que necesita están cubiertos por el plan o por Medicaid de Rhode Island.



Si tiene alguna pregunta, llame a Neighborhood INTEGRITY for Duals al 1-844-812-6896 (TTY 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes (puede dejar un mensaje de voz los sábados, domingos y días festivos federales). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

F4. Servicios de estabilización del hogar

Si no tiene hogar, está en riesgo de perderlo, o se está mudando de un centro de atención a largo plazo a la comunidad, es posible que pueda obtener servicios de Medicaid de Rhode Island para ayudarle con problemas de vivienda. Si tiene preguntas sobre los servicios que cubre Medicaid de Rhode Island o si desea una derivación a este programa, llame a Neighborhood INTEGRITY for Duals al 1-844-812-6896 (TTY 711).

G. Beneficios no cubiertos por nuestro plan, Medicare o Medicaid de Rhode Island

Esta sección le informa sobre los beneficios excluidos por nuestro plan. “Excluido” significa que no los cubrimos. Medicare y Medicaid tampoco los cubren.

La lista a continuación describe algunos servicios y artículos que no cubrimos bajo ninguna circunstancia y otros que solo excluimos en ciertos casos.

No cubrimos los beneficios médicos excluidos que se enumeran en esta sección (ni en ningún otro lugar de este *Manual del Miembro*) excepto bajo las condiciones específicas que se indican. Incluso si recibe los servicios en un centro de emergencia, el plan no cubrirá los servicios. Si considera que nuestro plan debería cubrir un servicio que no está cubierto, puede solicitar una apelación. Para obtener información sobre apelaciones, consulte el **Capítulo 9** de este *Manual del Miembro*.

Además de cualquier exclusión o limitación descrita en el Cuadro de beneficios, nuestro plan no cubre los siguientes artículos y servicios:

- Servicios considerados no “razonables y médicamente necesarios”, según los estándares de Medicare y Medicaid de Rhode Island, a menos que los incluyamos como servicios cubiertos
- Tratamientos, artículos y medicamentos médicos y quirúrgicos experimentales, a menos que Medicare, un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare o nuestro plan los cubran. Consulte el **Capítulo 3** de este *Manual del Miembro* para obtener más información sobre estudios de investigación clínica. Los tratamientos y artículos experimentales son aquellos que no cuentan con la aceptación general de la comunidad médica.
- Tratamiento quirúrgico para la obesidad mórbida, excepto cuando sea médicamente necesario y Medicare lo cubra.
- Una habitación privada en un hospital, excepto cuando sea médicamente



Si tiene alguna pregunta, llame a Neighborhood INTEGRITY for Duals al 1-844-812-6896 (TTY 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes (puede dejar un mensaje de voz los sábados, domingos y días festivos federales). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

necesaria.

- Enfermeras privadas.
- Artículos personales en su habitación en un hospital o centro de enfermería, como un teléfono o un televisor.
- Atención de enfermería a tiempo completo en su hogar.
- Tarifas que pagaron sus familiares inmediatos o miembros de su hogar,
- Procedimientos o servicios de mejora electivos o voluntarios (incluida la pérdida de peso, el crecimiento del cabello, el rendimiento sexual, el rendimiento atlético, los fines cosméticos, el antienvjecimiento y el rendimiento mental), excepto cuando sean médicamente necesarios,
- Cirugía estética u otro trabajo cosmético, a menos que sea necesario debido a una lesión accidental o para mejorar una parte del cuerpo que no tenga la forma adecuada. Sin embargo, cubrimos la reconstrucción de una mama después de una mastectomía y el tratamiento de la otra mama para que sea similar.
- Atención quiropráctica, distinta a la manipulación manual de la columna vertebral, de acuerdo con las pautas de cobertura.
- Cuidado de rutina de los pies, excepto como se describe en los servicios de podología en el Cuadro de beneficios en la Sección D.
- Calzado ortopédico, a menos que sea parte de un aparato ortopédico para la pierna y esté incluidos en el costo del aparato ortopédico, o el calzado sea para una persona con enfermedad del pie diabético.
- Dispositivos de apoyo para los pies, excepto calzado ortopédico o terapéutico para personas con enfermedad del pie diabético.
- Queratotomía radial, cirugía LASIK y otras ayudas para la visión deficiente.
- Reversión de procedimientos de esterilización y suministros anticonceptivos sin receta.
- Servicios de naturopatía (el uso de tratamientos naturales o alternativos).
- Servicios prestados a veteranos en centros del Departamento de Asuntos de Veteranos (VA). Sin embargo, si un veterano recibe servicios de emergencia en un hospital del VA y el costo compartido del VA es mayor que el costo compartido de nuestro plan, le reembolsaremos la diferencia. Usted seguirá siendo responsable de los montos de su costo compartido.



Si tiene alguna pregunta, llame a Neighborhood INTEGRITY for Duals al 1-844-812-6896 (TTY 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes (puede dejar un mensaje de voz los sábados, domingos y días festivos federales). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

Capítulo 5: Cómo obtener sus medicamentos para pacientes externos

Introducción

Este capítulo explica las reglas para obtener sus medicamentos para pacientes externos. Estos son medicamentos que su proveedor le receta y que usted obtiene en una farmacia o por correo. Incluyen medicamentos cubiertos por Seguro médico del estado Parte D y Medicaid de Rhode Island. El **Capítulo 6** de este *Manual del Miembro* le informa lo que debe pagar por estos medicamentos. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo de este *Manual del Miembro*.

También cubrimos los siguientes medicamentos, a pesar de que no se tratan en este capítulo:

- **Medicamentos cubiertos por la Parte A de Medicare.** Estos generalmente incluyen los medicamentos que se le administran mientras está en un hospital o centro de enfermería.
- **Medicamentos cubiertos por la Parte B de Medicare.** Estos incluyen algunos medicamentos de quimioterapia, algunas inyecciones de medicamentos que se le administran durante una visita al consultorio de un médico u otro proveedor, y medicamentos que se le administran en una clínica de diálisis. Para obtener más información sobre qué medicamentos cubre Medicare Parte B, consulte el Cuadro de beneficios en el **Capítulo 4** de este *Manual del Miembro*.
- Además de la cobertura de la Parte D de Medicare y los beneficios médicos del plan, sus medicamentos podrían estar cubiertos por Medicare Original si usted está en un programa de cuidados paliativos de Medicare. Para obtener más información, consulte el **Capítulo 5, Sección D**, "Si está en un programa de cuidados paliativos certificado por Medicare".

Normas para la cobertura de medicamentos para pacientes externos de nuestro plan

Generalmente cubrimos sus medicamentos siempre y cuando siga las reglas de esta sección.

Debe contar con un proveedor (médico, dentista u otro profesional que recete medicamentos) para que le extienda su receta, la cual debe ser válida según la legislación estatal vigente. Esta persona suele ser su médico de atención primaria (PCP). También podría ser otro proveedor si su PCP lo ha derivado para recibir atención.



Si tiene alguna pregunta, llame a Neighborhood INTEGRITY for Duals al 1-844-812-6896 (TTY 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes (puede dejar un mensaje de voz los sábados, domingos y días festivos federales). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

Su médico prescriptor **no debe** estar en las listas de exclusión o preclusión de Medicare ni en la lista de proveedores sancionados de Rhode Island.

Generalmente, debe acudir a una farmacia de la red para surtir su receta. (Consulte la **Sección A1** para obtener más información). También puede surtir su receta a través del servicio de pedidos por correo del plan.

El medicamento recetado debe figurar en la *Lista de Medicamentos Cubiertos* de nuestro plan. La llamamos "*Lista de Medicamentos*" para abreviar. (Consulte la **Sección B** de este capítulo).

- Si no figura en la *Lista de Medicamentos*, es posible que podamos cubrirlo mediante una excepción.
- Consulte el **Capítulo 9** para obtener información sobre cómo solicitar una excepción.

Su medicamento debe utilizarse para una indicación médicamente aceptada. Esto significa que su uso debe estar aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) o respaldado por ciertas referencias médicas. Su médico podría ayudarle a identificar referencias médicas que respalden el uso solicitado del medicamento recetado. Una "indicación médicamente aceptada" se define como un diagnóstico aprobado bajo la Ley Federal de Alimentos, Medicamentos y Cosméticos (FD&C Act) o respaldado a través de una investigación científica que se encuentra en el Sistema de Información de Medicamentos del Formulario de Hospitales Americanos y/o en el Sistema de Información DRUGDEX®.

Su medicamento puede requerir aprobación de nuestro plan en base a ciertos criterios de que lo cubramos. (Consulte la **Sección C** de este capítulo.)

Tabla de contenidos

A. Cómo surtir sus recetas.....	115
A1. Surtir su receta en una farmacia de la red.....	115
A2. Cómo usar su tarjeta de identificación de miembro al surtir una receta	115
A3. Qué hacer si cambia de farmacia de la red	115
A4. ¿Qué hacer si su farmacia abandona la red?	116
A5. Utilizar una farmacia especializada	116
A6. Uso de servicios de pedidos por correo para obtener sus medicamentos	116
A7. Cómo obtener un suministro de medicamentos a largo plazo	118



Si tiene alguna pregunta, llame a Neighborhood INTEGRITY for Duals al 1-844-812-6896 (TTY 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes (puede dejar un mensaje de voz los sábados, domingos y días festivos federales). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

A8. Usar una farmacia fuera de la red de nuestro plan	118
A9. Reembolso de una receta médica	119
B. La <i>Lista de Medicamentos</i> de nuestro plan	119
B1. Medicamentos en nuestra <i>Lista de Medicamentos</i>	119
B2. Cómo encontrar un medicamento en nuestra <i>Lista de Medicamentos</i>	120
B3. Medicamentos que no están en nuestra <i>Lista de Medicamentos</i>	120
B4. Niveles de costos compartidos de la <i>Lista de Medicamentos</i>	121
C. Límites en algunos medicamentos.....	122
D. Razones por las que su medicamento podría no estar cubierto.....	124
D1. Obtener un suministro temporal	124
D2. Solicitud de suministro temporal.....	126
D3. Solicitar una excepción	126
E. Cambios en la cobertura de sus medicamentos.....	127
F. Cobertura de medicamentos en casos especiales.....	129
F1. En un hospital o centro de enfermería especializada para una estadía que cubre nuestro plan.	129
F2. En un centro de atención a largo plazo	129
F3. En un programa de cuidados paliativos certificado por Medicare.	130
G. Programas sobre seguridad y manejo de medicamentos.....	130
G1. Programas para ayudarle a usar medicamentos de forma segura	130
G2. Programas para ayudarle a gestionar sus medicamentos	131
G3. Programa de Gestión de Medicamentos (PGM) para ayudar a los miembros a usar medicamentos opioides de forma segura	132



Si tiene alguna pregunta, llame a Neighborhood INTEGRITY for Duals al 1-844-812-6896 (TTY 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes (puede dejar un mensaje de voz los sábados, domingos y días festivos federales). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

A. Cómo surtir sus recetas

A1. Surtir su receta en una farmacia de la red

En la mayoría de los casos, pagamos las recetas solo cuando se surten en una de nuestras farmacias de la red. Una farmacia de la red es farmacia que acepta surtir recetas para los afiliados de nuestro plan. Usted puede usar cualquiera de nuestras farmacias de la red. (Consulte la **Sección A8** para obtener información sobre cuándo cubrimos las recetas surtidas en farmacias fuera de la red).

Para encontrar una farmacia de la red, consulte el *Directorio de Proveedores y Farmacias*, visite nuestro sitio web, o comuníquese con Servicios para Miembros.

A2. Cómo usar su tarjeta de identificación de miembro al surtir una receta

Para surtir su receta, **presente su tarjeta de identificación de afiliado** en la farmacia de la red. La farmacia de la red nos factura la parte que nos corresponde del costo de su medicamento cubierto. Es posible que deba pagar un copago a la farmacia al recoger su medicamento recetado.

Si no tiene su tarjeta de identificación consigo al momento de surtir la receta, pida a la farmacia que nos llame para obtener la información necesaria o puede pedirle que busque la información de inscripción de su plan.

Si la farmacia no puede obtener la información necesaria, quizás deba pagar el costo total de la receta cuando lo retire. Luego, podrá solicitarnos el reembolso de nuestra parte. **Si no puede pagar el medicamento, comuníquese con el Servicio de Atención al Cliente de inmediato.** Haremos todo lo posible por ayudarlo.

- Para pedirnos un reembolso, consulte el **Capítulo 7** de este *Manual del Miembro*.
- Si necesita ayuda para surtir una receta, comuníquese con Servicios para Miembros.

A3. Qué hacer si cambia de farmacia de la red

Si cambia de farmacia y necesita un resurtido de su receta, puede solicitar la emisión de una nueva receta por escrito por su proveedor o pedir a su farmacia que transfiera la receta a la nueva farmacia si aún le quedan resurtidos.

Si necesita ayuda para cambiar de farmacia dentro de la red, comuníquese con Servicios para Miembros.



Si tiene alguna pregunta, llame a Neighborhood INTEGRITY for Duals al 1-844-812-6896 (TTY 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes (puede dejar un mensaje de voz los sábados, domingos y días festivos federales). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

A4. ¿Qué hacer si su farmacia abandona la red?

Si la farmacia que usted usa deja de formar parte de nuestra red, deberá encontrar una nueva farmacia que sí pertenezca.

Para hacerlo, consulte el *Directorio de Proveedores y Farmacias*, visite nuestro sitio web o comuníquese con Servicios para Miembros.

A5. Utilizar una farmacia especializada

A veces las recetas deben ser completadas en una farmacia especializada. Estas incluyen:

- Farmacias que proveen medicamentos para terapia de infusión domiciliaria.
- Farmacias que proveen medicamentos para residentes de centros de cuidados prolongados, como hogares de ancianos.
 - Generalmente, estos centros cuentan con su propia farmacia. Si usted es residente de un centro de cuidados prolongados, nos aseguramos de que pueda obtener los medicamentos que necesita en la farmacia que allí se encuentra.
 - Si la farmacia de su centro de cuidados prolongados no está en nuestra red o tiene dificultades conseguir sus medicamentos en dicho centro, comuníquese con Servicios para Miembros.
- Farmacias que prestan servicios al Programa de Salud Indígena / Tribus / Salud Urbana de Nativos Americanos. Excepto en casos de emergencia, solo los nativos americanos o de Alaska pueden usar estas farmacias.
- Farmacias dispensan medicamentos restringidos por la FDA a ciertos lugares o que requieren manipulación especial, coordinación con el proveedor o educación sobre su uso. (*Nota: Esta situación es poco frecuente*). Para encontrar una farmacia especializada, consulte el *Directorio de proveedores y farmacias*, visite nuestro sitio web o comuníquese con Servicios para Miembros.

A6. Uso de servicios de pedidos por correo para obtener sus medicamentos

Para ciertos tipos de medicamentos, usted puede utilizar el servicio de pedido por correo de nuestra red. Generalmente, los medicamentos disponibles a través de pedidos por correo son aquellos que usted toma de forma regular para una condición médica crónica o de largo plazo.

Nuestro servicio de pedido por correo le permite solicitar hasta un suministro para 90 días. El suministro para 90 días tiene el mismo copago que un suministro para un mes.



Si tiene alguna pregunta, llame a Neighborhood INTEGRITY for Duals al 1-844-812-6896 (TTY 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes (puede dejar un mensaje de voz los sábados, domingos y días festivos federales). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

Surtido de recetas por correo

Para obtener formularios de pedido e información sobre cómo surtir sus recetas por correo:

- Visite el sitio web de pedidos por correo y regístrese en línea en www.caremark.com/mailservice
- O, llame a Servicios para Miembros.

Por lo general, un medicamento recetado por correo llega en un plazo de 7 a 10 días hábiles. Si su medicamento se retrasa y necesita un suministro urgente de una farmacia, llame a Servicios para Miembros para solicitar una anulación.

Procesos de pedidos por correo

El servicio de pedidos por correo tiene diferentes procedimientos para las nuevas recetas que recibe de usted, las que recibe directamente del consultorio de su médico y las renovaciones de sus recetas enviadas por correo.

1. Recetas nuevas que la farmacia recibe de usted

La farmacia prepara y entrega automáticamente las nuevas recetas que usted le envía.

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

Después de que la farmacia recibe una receta de un proveedor de atención médica, se comunica con usted para averiguar si desea que le surtan el medicamento de inmediato o en un momento posterior.

- Esto le brinda la oportunidad de asegurarse de que la farmacia esté entregando el medicamento correcto (incluida la concentración, la cantidad y la forma) y, si es necesario, le permite detener o retrasar el pedido antes de que se le facture y se envíe.
- Responda cada vez que la farmacia se comuniquen con usted para informarles qué hacer con la nueva receta y evitar demoras en el envío.

3. Resurtidos de recetas por correo

Para resurtir sus medicamentos, tiene la opción de inscribirse en un programa de resurtido automático. Con este programa, comenzamos a procesar su próximo resurtido automáticamente cuando nuestros registros indican que se está quedando sin medicamento.

- La farmacia se comunica con usted antes de enviar cada resurtido para asegurarse de que necesita más medicamento, y puede cancelar los resurtidos programados si tiene suficiente medicamento o si su medicamento ha cambiado.
- Si decide no utilizar nuestro programa de resurtido automático, comuníquese con su



Si tiene alguna pregunta, llame a Neighborhood INTEGRITY for Duals al 1-844-812-6896 (TTY 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes (puede dejar un mensaje de voz los sábados, domingos y días festivos federales). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

farmacia 15 días antes de que caduque su receta actual para asegurarse de que su próximo pedido se le envíe a tiempo.

Para cancelar su participación en nuestro programa que prepara automáticamente resurtidos de pedidos por correo, contáctenos llamando al 1-844-268-1908.

Indique a la farmacia las mejores maneras de contactarlo para que puedan confirmar su pedido antes del envío. Proporcione su información de contacto más reciente, como su número de teléfono o correo electrónico, llamando al 1-844-268-1908 o visitando www.caremark.com.

A7. Cómo obtener un suministro de medicamentos a largo plazo

Puede obtener medicamentos para un tratamiento prolongado de mantenimiento que se encuentran en la *Lista de Medicamentos* de nuestro plan. Los medicamentos de mantenimiento son aquellos que usted toma regularmente para una condición médica crónica o de largo plazo.

Algunas farmacias de la red le permiten obtener un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. Un suministro de 90 días tiene el mismo copago que uno de un mes. El *Directorio de Proveedores y Farmacias* le indica qué farmacias pueden proporcionarle medicamentos para un tratamiento de mantenimiento a largo plazo. También puede llamar a Servicios para Miembros para obtener más información.

Para ciertos medicamentos, puede usar el servicio de pedidos por correo de nuestra red para obtener un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. Consulte la **Sección A6** para obtener información sobre los servicios de venta por correo.

A8. Usar una farmacia fuera de la red de nuestro plan

Generalmente, solo pagamos los medicamentos surtidos en una farmacia fuera de la red cuando no puede usar una farmacia dentro de la red. Contamos con farmacias de la red fuera de nuestra área de servicio donde puede surtir sus recetas como miembro de nuestro plan. En estos casos, consulte primero con Servicios para Miembros para saber si hay una farmacia de la red cercana.

Cubrimos las recetas surtidas en una farmacia fuera de la red en los siguientes casos:

- Emergencia declarada por la Agencia Federal para el Manejo de Emergencias (Federal Emergency Management Agency, FEMA)
- Tratamiento de una enfermedad durante un viaje fuera del área de servicio del plan, pero dentro de los Estados Unidos, donde no hay una farmacia de la red.



Si tiene alguna pregunta, llame a Neighborhood INTEGRITY for Duals al 1-844-812-6896 (TTY 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes (puede dejar un mensaje de voz los sábados, domingos y días festivos federales). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

A9. Reembolso de una receta médica

Si necesita usar una farmacia fuera de la red, generalmente deberá pagar el costo total en lugar de un copago al obtener su receta. Puede solicitarnos el reembolso de nuestra parte del costo.

Para obtener más información sobre esto, consulte el **Capítulo 7** de este *Manual del Miembro*.

B. La *Lista de Medicamentos* de nuestro plan

Contamos con una Lista de Medicamentos Cubiertos. La llamamos "*Lista de Medicamentos*" para abreviar.

Seleccionamos los medicamentos de la *Lista de Medicamentos* con la ayuda de un equipo de médicos y farmacéuticos. La *Lista de Medicamentos* también le indica las reglas que debe seguir para obtener sus medicamentos.

Nosotros generalmente cubrimos un medicamento de la *Lista de Medicamentos* de nuestro plan cuando usted sigue las reglas que explicamos en este capítulo.

B1. Medicamentos en nuestra *Lista de Medicamentos*

Nuestra *Lista de Medicamentos* incluye medicamentos cubiertos por la Parte D de Medicare y algunos medicamentos y productos de venta bajo receta o de venta libre (OTC) cubiertos por Medicaid de Rhode Island.

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

Un medicamento de marca es un medicamento que se vende bajo un nombre registrado propiedad del fabricante del medicamento. Un producto biológico es un medicamento más complejo que los uno típico. En nuestra *Lista de Medicamentos*, cuando nos referimos a "medicamentos", podemos referirnos tanto a un medicamento o a un producto biológico.

Los medicamentos genéricos tienen los mismos principios activos que los de marca. Los productos biológicos tienen alternativas llamadas biosimilares. Generalmente, los medicamentos genéricos y biosimilares funcionan igual de bien que los de marca o productos biológicos originales y generalmente cuestan menos. Existen sustitutos genéricos para muchos medicamentos de marca y alternativas biosimilares para algunos productos biológicos originales. Algunos biosimilares son intercambiables y, según la legislación estatal, pueden sustituir al producto biológico original en la farmacia sin necesidad de una nueva receta, al igual que los medicamentos genéricos pueden sustituir a los medicamentos de marca.



Si tiene alguna pregunta, llame a Neighborhood INTEGRITY for Duals al 1-844-812-6896 (TTY 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes (puede dejar un mensaje de voz los sábados, domingos y días festivos federales). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

Consulte el **Capítulo 12** para ver las definiciones de los tipos de medicamentos que pueden estar en la *Lista de Medicamentos*.

Nuestro plan también cubre ciertos medicamentos y productos de venta libre. Algunos medicamentos de venta libre son más económicos que los medicamentos recetados y funcionan igual de bien. Para más información, llame a Servicios para Miembros.

B2. Cómo a encontrar un medicamento en nuestra *Lista de Medicamentos*.

Para saber si un medicamento que toma está en nuestra *Lista de Medicamentos*, puede:

- Visitar el sitio web de nuestro plan en www.nhpri.org/INTEGRITYDuals. La *Lista de Medicamentos* en nuestro sitio web es siempre la más actualizada.
- Llamar a Servicios para Miembros para saber si un medicamento está en nuestra *Lista de Medicamentos* o para solicitar una copia de la lista.
- Usar nuestra herramienta de " Beneficios en Tiempo Real " en www.caremark.com para buscar medicamentos en la *Lista de Medicamentos* y obtener una estimación de lo que pagará, o para saber si existen medicamentos alternativos en la *Lista de Medicamentos* que podrían tratar la misma afección. También puede llamar a Servicios para Miembros.

B3. Medicamentos que no están en nuestra *Lista de Medicamentos*.

No cubrimos todos los medicamentos.

- Algunos medicamentos no están en nuestra *Lista de Medicamentos* porque la ley no nos permite cubrirlos.
- En otros casos, decidimos no incluir un medicamento en nuestra *Lista de Medicamentos*.
- En algunos casos, es posible que pueda obtener un medicamento que no esté en nuestra *Lista de Medicamentos*. Para más información, consulte el **Capítulo 9**.

Nuestro plan no cubre los tipos de medicamentos descritos en esta sección. Estos se denominan **medicamentos excluidos**. Si recibe una receta para un medicamento excluido, es posible que deba pagarlo usted mismo. Si considera que debemos cubrir el costo de un medicamento excluido debido a su caso, puede presentar una apelación. Consulte el **Capítulo 9** de este *Manual del Miembro* para obtener más información sobre las apelaciones.

Aquí se presentan tres reglas generales para los medicamentos excluidos:

1. La cobertura de medicamentos para pacientes externos de nuestro plan (que incluye la Parte D de Medicare y los medicamentos de Medicaid de Rhode Island) no puede incluir



Si tiene alguna pregunta, llame a Neighborhood INTEGRITY for Duals al 1-844-812-6896 (TTY 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes (puede dejar un mensaje de voz los sábados, domingos y días festivos federales). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

un medicamento que la Parte A o la Parte B de Medicare ya cubren. Nuestro plan cubre los medicamentos cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare de manera gratuita, pero estos medicamentos no se consideran parte de sus beneficios de medicamentos para pacientes externos.

2. Nuestro plan no puede cubrir un medicamento comprado fuera de los Estados Unidos y sus territorios.
3. El uso del medicamento debe estar aprobado por la FDA o respaldado por ciertas referencias médicas como tratamiento para su afección. Su médico u otro profesional de la salud podría recetarle un medicamento específico para tratar su afección, aunque no esté aprobado para tal fin. Esto es conocido como "uso fuera de indicación". Nuestro plan generalmente no cubre medicamentos recetados para uso fuera de indicación.

También, por ley, Medicare o Medicaid de Rhode Island no pueden cubrir los siguientes tipos de medicamentos:

- Medicamentos para la fertilidad
- Medicamentos con fines cosméticos o para el crecimiento del cabello
- Medicamentos para el tratamiento de la disfunción sexual o eréctil
- Medicamentos para pacientes externos fabricados por una empresa que exige que las pruebas o servicios se realicen únicamente con ellos

B4. Niveles de costos compartidos de la *Lista de Medicamentos*

Cada medicamento en nuestra *Lista de Medicamentos* pertenece a uno de 5 niveles. Un nivel es un grupo de medicamentos de generalmente el mismo tipo (por ejemplo, medicamentos de marca, genéricos o de venta libre). En general, cuanto mayor sea el nivel de costo compartido, mayor será el costo del medicamento.

- El nivel 1 de costo compartido incluye medicamentos genéricos preferidos (nivel más bajo)
- El nivel 2 de costos compartidos incluye medicamentos genéricos
- El nivel 3 de costo compartido incluye medicamentos de marca preferidos
- El nivel 4 de costos compartidos incluye medicamentos no preferidos
- El nivel 5 de costos compartidos incluye medicamentos especializados (nivel más alto)



Si tiene alguna pregunta, llame a Neighborhood INTEGRITY for Duals al 1-844-812-6896 (TTY 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes (puede dejar un mensaje de voz los sábados, domingos y días festivos federales). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

Para saber en qué nivel de costo compartido se encuentra su medicamento, busque el medicamento en nuestra *Lista de Medicamentos*.

El **Capítulo 6** de este *Manual del Miembro* indica el monto que usted paga por los medicamentos en cada nivel.

C. Límites en algunos medicamentos

Para ciertos medicamentos, existen normas especiales que limitan cómo y cuándo nuestro plan los cubre. Generalmente, nuestras normas recomiendan que usted obtenga un medicamento que sea efectivo para su afección médica, seguro y eficaz. Cuando un medicamento seguro y de menor costo funciona tan bien como uno de mayor costo, esperamos que su proveedor le recete el medicamento de menor costo.

Tenga en cuenta que, en ocasiones, un mismo medicamento puede aparecer más de una vez en nuestra *Lista de Medicamentos*. Esto se debe a que los mismos medicamentos pueden variar según la potencia, la cantidad o la presentación recetada por su proveedor, y pueden aplicarse diferentes restricciones a las distintas versiones (por ejemplo, 10 mg frente a 100 mg; una vez al día frente a dos al día; tableta frente a líquido).

Si existe una norma especial para su medicamento, generalmente significa que usted o su proveedor deben tomar medidas adicionales para que podamos cubrirlo. Por ejemplo, es posible que su proveedor tenga que informarnos su diagnóstico o proporcionar resultados de análisis de sangre primero. Si usted o su proveedor piensan que nuestra regla no debería aplicar para su situación, solicítenos que utilicemos el proceso de Decisión de cobertura para hacer una excepción. Es posible que aceptemos o no permitirle usar el medicamento sin tomar medidas adicionales.

Para obtener más información sobre cómo solicitar excepciones, consulte el **Capítulo 9** de este *Manual del Miembro*.

1. Limitación del uso de medicamentos de marca o productos biológicos originales cuando está disponible una versión genérica o biosimilar intercambiable

En general, un medicamento genérico o un biosimilar intercambiable funciona igual que un medicamento de marca o un producto biológico original y suele costar menos. En la mayoría de los casos, si hay una versión biosimilar genérica o intercambiable de un medicamento de marca o producto biológico original, nuestras farmacias de la red le proporcionarán, respectivamente, la versión genérica o la biosimilar intercambiable.

- Nosotros generalmente no cubrimos el costo del medicamento de marca o producto biológico original cuando exista un genérico disponible o versión biosimilar intercambiable.



Si tiene alguna pregunta, llame a Neighborhood INTEGRITY for Duals al 1-844-812-6896 (TTY 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes (puede dejar un mensaje de voz los sábados, domingos y días festivos federales). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

- Sin embargo, si su proveedor nos informó la razón médica por la cual el medicamento genérico o biosimilar intercambiable no es efectivo para usted, o si escribió “Sin sustituciones” en su receta para un medicamento de marca o un producto biológico original o nos informó la razón médica por la cual el medicamento genérico, el biosimilar intercambiable u otros medicamentos cubiertos que tratan la misma afección no funcionarán para usted, entonces cubriremos el medicamento de marca.
- Su copago puede ser mayor para el medicamento de marca o el producto biológico original que para el medicamento genérico o el biosimilar intercambiable.

2. Conseguir una autorización del plan por adelantado

Para algunos medicamentos, usted o su médico deben obtener la aprobación de nuestro plan antes de surtir su receta médica. Esto se denomina autorización previa. Se implementa para garantizar la seguridad de los medicamentos y guiar el uso adecuado de ciertos medicamentos. Si no pudo conseguir la aprobación, es posible que no cubramos el medicamento. Para obtener más información sobre la autorización previa, llame a Servicios para Miembros al número que aparece al final de la página o visite nuestro sitio web:

<https://www.medicareplanrx.com/jccf/medicare/H7635/001/PACriteria2026.pdf>.

3. Probar un medicamento diferente primero

En general, queremos que pruebe medicamentos de menor costo que sean igual de efectivos antes de cubrir medicamentos de mayor costo. Por ejemplo, si el medicamento A y el medicamento B tratan la misma afección médica y el medicamento A cuesta menos que el medicamento B, es posible que le pidamos que pruebe primero el medicamento A.

Si el medicamento A no le funciona, entonces cubriremos el medicamento B. Esto se llama Terapia escalonada. Llame a Servicios para Miembros al número que aparece al final de la página o a nuestro sitio web:

<https://www.medicareplanrx.com/jccf/medicare/H2126/001/PACriteria2026.pdf> para obtener más información sobre la terapia escalonada.

4. Límites en la cantidad

Para algunos medicamentos, limitamos la cantidad que puede obtener. Esto se denomina límite de cantidad. Por ejemplo, si normalmente se considera seguro tomar solo una pastilla al día de un medicamento determinado, podríamos limitar la cantidad



Si tiene alguna pregunta, llame a Neighborhood INTEGRITY for Duals al 1-844-812-6896 (TTY 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes (puede dejar un mensaje de voz los sábados, domingos y días festivos federales). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

de medicamento que puede obtener cada vez que surta su receta.

Para saber si alguna de las reglas anteriores se aplica a un medicamento que toma o desea tomar, consulte nuestra *Lista de Medicamentos*. Para obtener la información más actualizada, llame a Servicios para Miembros o visite nuestro sitio web: www.nhpri.org/INTEGRITYDuals. Si no está de acuerdo con nuestra decisión de cobertura por cualquiera de los motivos anteriores, puede solicitar una apelación. Consulte el **Capítulo 9** de este *Manual del Miembro*.

D. Razones por las que su medicamento podría no estar cubierto

Nos esforzamos por que su cobertura de medicamentos le sea útil, pero a veces un medicamento puede no estar cubierto como usted desea. Por ejemplo:

- Nuestro plan no cubre el medicamento que usted desea tomar. Puede que el medicamento no esté en nuestra *Lista de Medicamentos*. Podemos cubrir una versión genérica del medicamento, pero no la versión de marca que desea tomar. Un medicamento puede ser nuevo y aún no hemos revisado su seguridad y eficacia.
- Nuestro plan cubre el medicamento, pero hay normas o límites especiales de cobertura. Como se explicó en la sección anterior, algunos medicamentos que cubre nuestro plan tienen normas que limitan su uso. En ciertos casos, usted o su médico podrían solicitarnos una excepción.
- El medicamento está cubierto, pero en un nivel de costo compartido que hace que su costo sea más caro de lo que usted cree que debería ser.

Hay opciones que puede considerar si no cubrimos un medicamento como usted desea.

D1. Obtener un suministro temporal

En algunos casos, podemos proporcionarle un suministro temporal de un medicamento cuando este no se encuentra en nuestra *Lista de Medicamentos* o hay alguna limitación. Esto le da tiempo para hablar con su proveedor sobre la posibilidad de obtener un medicamento diferente o solicitarnos que lo cubramos.

Para obtener un suministro temporal de un medicamento, debe cumplir con las dos siguientes condiciones:

1. El medicamento que ha estado tomando:
 - ya no se encuentra en nuestra *Lista de Medicamentos* o
 - nunca estuvo en nuestra *Lista de Medicamentos* o



Si tiene alguna pregunta, llame a Neighborhood INTEGRITY for Duals al 1-844-812-6896 (TTY 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes (puede dejar un mensaje de voz los sábados, domingos y días festivos federales). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

- actualmente
-
- se encuentra limitado de alguna manera.

2. Debe encontrarse en una de las siguientes situaciones:

- Estuvo en el plan el último año.
 - Cubrimos un suministro temporal de su medicamento durante los primeros 90 días del año calendario.
 - Este suministro temporal consiste como máximo en:
 - un suministro para 30 días si **no** reside en un centro de cuidados a largo plazo
 - un suministro para 31 días si reside en un centro de cuidados a largo plazo, y
 - Si su receta está hecha para menos días, permitimos múltiples resurtidos para proporcionarle hasta un máximo de 30 días de medicamento. Debe surtir la receta en una farmacia de la red.
 - Las farmacias de centros de cuidados a largo plazo pueden proporcionarle su medicamento en pequeñas cantidades a la vez para evitar el desperdicio.
- Es nuevo en nuestro plan.
 - Cubrimos un suministro temporal de su medicamento **durante los primeros 90 días de su membresía en nuestro plan.**
 - Este suministro temporal consiste como máximo en:
 - un suministro para 30 días si **no** reside en un centro de cuidados a largo plazo
 - un suministro para 31 días si reside en un centro de cuidados a largo plazo, y
 - Si su receta está hecha para menos días, permitimos múltiples resurtidos para proporcionarle hasta un máximo de 30 días de medicamento. Debe surtir la receta en una farmacia de la red.
 - Las farmacias de centros de cuidados a largo plazo pueden proporcionarle su medicamento en pequeñas cantidades a la vez para evitar el desperdicio.
- Lleva más de 90 días en nuestro plan, reside en un centro de cuidados a largo plazo y necesita un suministro de inmediato.



Si tiene alguna pregunta, llame a Neighborhood INTEGRITY for Duals al 1-844-812-6896 (TTY 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes (puede dejar un mensaje de voz los sábados, domingos y días festivos federales). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

- Cubrimos un suministro para 31 días, o menos si su receta está hecha por menos días. Esto se suma al suministro temporal mencionado anteriormente.
- Si su nivel de cuidado atención cambia, cubriremos al menos un suministro para 31 días

D2. Solicitud de suministro temporal

Para solicitar un suministro temporal de un medicamento, llame a Servicios para Miembros.

Cuando reciba un suministro temporal de un medicamento, hable con su proveedor lo antes posible para decidir qué hacer cuando se agote el suministro. Estas son sus opciones:

- Cambiar a otro medicamento.

Nuestro plan podría cubrir un medicamento diferente que le funcione. Llame a Servicios para Miembros para solicitar una lista de los medicamentos que cubrimos para tratar la misma afección médica. Esta lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que podría funcionar para usted.

O

- Pedir una excepción.

Usted y su proveedor pueden solicitarnos una excepción. Por ejemplo, pueden solicitarnos que cubramos un medicamento que no está en nuestra *Lista de Medicamentos* o pedirnos que lo cubramos sin límites. Si su proveedor indica que tiene una buena razón médica para una excepción, puede ayudarle a solicitarla.

D3. Solicitar una excepción

Si un medicamento que toma va a ser eliminado de nuestra *Lista de Medicamentos* o su cobertura se verá o limitada de alguna forma el próximo año, puede solicitar una excepción antes de que termine el año.

- Le informaremos de cualquier cambio en la cobertura para su medicamento para el año que viene. Solicite una excepción y que la cobertura del medicamento para el próximo año se realice según sus preferencias.
- Responderemos a su solicitud de una excepción dentro de las 72 horas de haberla recibido (o de haber recibido la declaración respaldatoria de su médico).
- Si aprobamos su solicitud, autorizaremos la cobertura del medicamento antes de que el cambio entre en vigencia.



Si tiene alguna pregunta, llame a Neighborhood INTEGRITY for Duals al 1-844-812-6896 (TTY 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes (puede dejar un mensaje de voz los sábados, domingos y días festivos federales). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

Para obtener más información sobre cómo solicitar una excepción, consulte el **Capítulo 9** de este *Manual del Miembro*.

Si necesita ayuda para solicitar una excepción, comuníquese con Servicios para Miembros.

E. Cambios en la cobertura de sus medicamentos

La mayoría de los cambios en la cobertura de medicamentos se realizan el 1 de enero, pero podemos agregar o eliminar medicamentos de nuestra *Lista de Medicamentos* durante el año. También podemos cambiar nuestras normas sobre medicamentos. Por ejemplo, podemos:

- Decidir requerir o no requerir autorización previa (PA) para un medicamento (permiso de nuestra parte antes de que poder obtener un medicamento).
- Agregar o cambiar la cantidad de un medicamento que puede obtener (límites de cantidad).
- Agregar o cambiar las restricciones de terapia escalonada para un medicamento (debe probar un medicamento antes de que cubramos otro).

Debemos cumplir con los requisitos de Medicare antes de modificar la *Lista de medicamentos* de nuestro plan. Para más información sobre las reglas de los medicamentos, consulte la **Sección C**.

Si toma un medicamento que cubríamos al **comienzo** del año, generalmente no se eliminará ni cambiará la cobertura de ese medicamento **durante el resto del año**, a menos que:

- salga al mercado un medicamento nuevo y más económico que funcione igual de bien que uno de los medicamentos que figuran actualmente en nuestra *Lista de Medicamentos*, o
- nos enteremos de que dicho medicamento no es seguro, o
- el medicamento se retire del mercado.

¿Qué sucede si cambia la cobertura de un medicamento que está tomando?

Para obtener más información sobre qué ocurre cuando cambia nuestra *Lista de Medicamentos*, siempre puede:

- Revisar nuestra *Lista de Medicamentos* actual en www.nhpri.org/INTEGRITYDuals o
- Llamar a Servicios para Miembros al número que aparece al final de la página para revisar nuestra *Lista de Medicamentos* actual.

Cambios que podemos realizar en la *Lista de Medicamentos* que le afecten durante el año del plan actual

Algunos cambios en la *Lista de Medicamentos* se aplicarán de inmediato. Por ejemplo:



Si tiene alguna pregunta, llame a Neighborhood INTEGRITY for Duals al 1-844-812-6896 (TTY 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes (puede dejar un mensaje de voz los sábados, domingos y días festivos federales). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

- Un nuevo medicamento genérico está disponible. A veces, un nuevo medicamento genérico o biosimilar sale al mercado con la misma eficacia que un medicamento de marca o un producto biológico original que figura actualmente en la *Lista de Medicamentos*. Cuando eso suceda, podríamos retirar el medicamento de marca y añadir el nuevo medicamento genérico, pero el costo del nuevo medicamento se mantendrá igual

Cuando agregamos el nuevo medicamento genérico, también podemos decidir mantener el medicamento de marca en la lista, pero cambiamos sus reglas de cobertura o límites.

- Es posible que no le informemos antes de realizar este cambio, pero le enviaremos información sobre el cambio específico una vez que ocurra.
- Usted o su proveedor pueden solicitar una "excepción" a estos cambios. Le enviaremos un aviso con los pasos a seguir para solicitar una excepción. Consulte el **Capítulo 9** de este manual para obtener más información sobre las excepciones.

Eliminación de medicamentos inseguros y otros medicamentos que se retiran del mercado.

A veces, un medicamento puede considerarse inseguro o retirarse del mercado por otra razón. Si esto sucede, podemos eliminarlo inmediatamente de nuestra *Lista de Medicamentos*. Si está tomando el medicamento, le enviaremos un aviso después de que hagamos el cambio.

Es posible que realicemos otros cambios que afecten a los medicamentos que toma. Le informaremos con anticipación sobre estos cambios en nuestra *Lista de Medicamentos*. Estos cambios podrían ocurrir si:

- La FDA proporciona nuevas directrices o se publican nuevas pautas clínicas acerca del medicamento.

Cuando estos cambios suceden:

- Le informaremos al menos 30 días antes de que hagamos el cambio en nuestra *Lista de Medicamentos* o
- Le notificaremos y le proporcionaremos un suministro para 30 días del medicamento después de que solicite una renovación.

Esto le da tiempo para hablar con su médico u otro proveedor que hace recetas. Le ayudarán a decidir:

- Si hay un medicamento similar en nuestra *Lista de Medicamentos* que pueda tomar en su lugar o
- Si debe solicitar una excepción a estos cambios para continuar con la cobertura



Si tiene alguna pregunta, llame a Neighborhood INTEGRITY for Duals al 1-844-812-6896 (TTY 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes (puede dejar un mensaje de voz los sábados, domingos y días festivos federales). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

del medicamento o la versión que ha estado tomando. Para obtener más información sobre cómo solicitar excepciones, consulte el **Capítulo 9** de este *Manual del Miembro*.

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

Es posible que realicemos cambios en los medicamentos que toma que no se describen anteriormente y que no le afectan ahora. En el caso de dichos cambios, si está tomando un medicamento que cubríamos al **comienzo** del año, generalmente no eliminamos ni cambiamos la cobertura de ese medicamento **durante el resto del año**.

Por ejemplo, si eliminamos un medicamento que toma o limitamos su uso, el cambio no afectará su uso del medicamento durante el resto del año.

Si cualquiera de estos cambios es con respecto al medicamento que está tomando (excepto para el cambio que se indica en la sección anterior), el cambio no afectará su uso hasta el 1 de enero del próximo año.

No le informaremos directamente sobre este tipo de cambios durante el año en curso. Deberá consultar la *Lista de Medicamentos* del próximo año del plan (cuando la lista esté disponible durante el período de inscripción abierta) para ver si hay algún cambio que le afecte durante el próximo año del plan.

F. Cobertura de medicamentos en casos especiales

F1. En un hospital o centro de enfermería especializada para una estadía que cubre nuestro plan.

Si lo internan en un hospital o centro de enfermería especializada para una estadía que nuestro plan cubre, generalmente cubrir el costo de sus drogas durante su permanencia. No pagará ningún copago. Una vez que salga del hospital o centro de enfermería especializada, cubrimos sus medicamentos, siempre que cumplan con todas nuestras normas de cobertura.

Para obtener más información sobre la cobertura y lo que debe pagar, consulte el **Capítulo 6** de este *Manual del Miembro*.

F2. En un centro de atención a largo plazo

Por lo general, un centro de cuidados a largo plazo, como un centro de enfermería especializada, tiene su propia farmacia o una farmacia que suministra medicamentos a todos sus residentes. Si vive en un centro de atención a largo plazo, puede obtener sus medicamentos a través de la farmacia del centro si forma parte de nuestra red.



Si tiene alguna pregunta, llame a Neighborhood INTEGRITY for Duals al 1-844-812-6896 (TTY 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes (puede dejar un mensaje de voz los sábados, domingos y días festivos federales). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

Consulte su *Directorio de Proveedores y Farmacias* para averiguar si la farmacia de su centro de cuidados a largo plazo forma parte de nuestra red. Si no es así, o si necesita más información, comuníquese con Servicios para Miembros.

F3. En un programa de cuidados paliativos certificado por Medicare.

Los medicamentos nunca están cubiertos simultáneamente por el programa de cuidados paliativos y por nuestro plan.

- Es posible que esté inscrito en cuidados paliativos de Medicare y necesite ciertos medicamentos (por ejemplo, analgésicos, antieméticos, laxantes o ansiolíticos) que su programa no cubre porque no está relacionado con su pronóstico ni sus condiciones terminales. En ese caso, nuestro plan debe recibir una notificación del médico que receta o de su proveedor de cuidados paliativos de que el medicamento no está relacionado antes de poder cubrirlo.
- Para evitar demoras en la obtención de cualquier medicamento no relacionado que nuestro plan debería cubrir, puede solicitar a su proveedor de cuidados paliativos o a su médico que le recetó el medicamento que se asegure de que recibamos la notificación de que el medicamento no está relacionado antes de solicitar a una farmacia que le surta su receta.

Si deja los cuidados paliativos, nuestro plan cubre todos sus medicamentos. Para evitar demoras en la farmacia cuando finalice su beneficio de cuidados paliativos de Medicare, lleve la documentación a la farmacia para verificar que dejó el programa.

Consulte las secciones anteriores de este capítulo que explican los medicamentos cubiertos por nuestro plan. Consulte el **Capítulo 4** de este *Manual del Miembro* para obtener más información sobre el beneficio de cuidados paliativos.

G. Programas sobre seguridad y manejo de medicamentos

G1. Programas para ayudarle a usar medicamentos de forma segura

Cada vez que surte una receta, buscamos posibles problemas, como errores en la medicación, o medicamentos que:

- pueden no ser necesarios porque toma otro medicamento similar que tiene el mismo efecto
- pueden no ser seguros para su edad o sexo



Si tiene alguna pregunta, llame a Neighborhood INTEGRITY for Duals al 1-844-812-6896 (TTY 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes (puede dejar un mensaje de voz los sábados, domingos y días festivos federales). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

- podrían perjudicarlo si los toma al mismo tiempo
- tienen ingredientes a los que puede ser alérgico
- puede haber un error en la cantidad (dosis)
- tienen cantidades inseguras de analgésicos opioides

Si encontramos un posible problema en su uso de medicamentos, colaboraremos con su proveedor para corregirlo.

G2. Programas para ayudarle a gestionar sus medicamentos

Nuestro plan cuenta con un programa para ayudar a los miembros con necesidades de salud complejas. En tales casos, podría ser elegible para recibir servicios gratuitos a través de un programa de manejo de terapia con medicamentos (medication therapy management, MTM). Este programa es voluntario y gratuito. Le ayuda a usted y a su proveedor a asegurarse de que sus medicamentos estén funcionando para mejorar su salud. Si califica para el programa, un farmacéutico u otro profesional de la salud le realizará una revisión completa de todos sus medicamentos y hablará con usted sobre:

- Cómo sacar el máximo provecho de los medicamentos que toma
- Cualquier inquietud que tenga, como costos de medicamentos y reacciones a medicamentos
- La mejor manera de tomar sus medicamentos
- Cualquier pregunta o problema que tenga sobre sus medicamentos recetados y de venta libre

Luego, le enviarán:

- Un resumen escrito de esta conversación. El resumen incluye un plan de acción con recomendaciones sobre cómo optimizar el uso de sus medicamentos.
- Una lista personal que incluye todos los medicamentos que toma, cuánto, cuándo y por qué razón los toma.
- Información sobre la eliminación segura de medicamentos recetados que son sustancias controladas.

Es una buena idea hablar con su médico sobre el plan de acción y la lista de medicamentos.

- Lleve su plan de acción y lista de medicamentos a su visita o en cualquier momento que hable con sus médicos, farmacéuticos y otros proveedores de atención médica.



Si tiene alguna pregunta, llame a Neighborhood INTEGRITY for Duals al 1-844-812-6896 (TTY 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes (puede dejar un mensaje de voz los sábados, domingos y días festivos federales). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

- Lleve consigo su lista de medicamentos si va al hospital o a la sala de emergencias.

Los programas de MTM son voluntarios y gratuitos para los miembros que califican. Si tenemos un programa que se ajuste a sus necesidades, lo inscribiremos y le enviaremos información. Si no desea participar, avísenos y lo daremos de baja.

Si tiene preguntas sobre estos programas, comuníquese con Servicios para Miembros.

G3. Programa de Gestión de Medicamentos (PGM) para ayudar a los miembros a usar medicamentos opioides de forma segura

Contamos con un programa que ayuda a garantizar que los miembros usen de forma segura los opioides recetados y otros medicamentos de abuso frecuente. Este programa se denomina Programa de Gestión de Medicamentos (Drug management program, PGM).

Si usa opioides que obtiene de varios médicos o farmacias, o si ha tenido una sobredosis reciente de opioides, podríamos hablar con su médico para asegurarnos de que su uso sea adecuado y médicamente necesario. En colaboración con su médico, si determinamos que su uso de opioides o benzodiazepinas recetadas podría no ser seguro, es posible que limitemos su acceso a ellos. Si lo asignamos a nuestro DMP, las limitaciones podrían incluir:

- Exigirle que obtenga todas las recetas de medicamentos opioides o benzodiazepinas en una o varias farmacias determinadas.
- Exigirle que obtenga todas sus recetas de medicamentos opioides o benzodiazepinas de un médico o médicos específicos.
- Limitar la cantidad de medicamentos opioides o benzodiazepinas que cubriremos para usted.

Si planeamos limitar la forma en que obtiene estos medicamentos o la cantidad que puede obtener, le enviaremos una carta con anticipación. La carta le informará si limitaremos la cobertura de estos medicamentos o si deberá obtener las recetas solo de un proveedor o farmacia específico.

Tendrá la oportunidad de indicarnos qué médicos o farmacias prefiere usar y cualquier información que considere importante que conozcamos. Después de su respuesta, si decidimos limitar su cobertura para estos medicamentos, le enviaremos otra carta confirmando las limitaciones.

Si cree que cometimos un error o no está de acuerdo con nuestra decisión o la limitación, usted y su médico pueden presentar una apelación. Si apela, revisaremos su caso y le daremos una nueva decisión. Si seguimos denegando cualquier parte de su apelación relacionada con las



Si tiene alguna pregunta, llame a Neighborhood INTEGRITY for Duals al 1-844-812-6896 (TTY 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes (puede dejar un mensaje de voz los sábados, domingos y días festivos federales). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

limitaciones que se aplican a su acceso a estos medicamentos, enviaremos automáticamente su caso a una Organización de Revisión Independiente (Independent Review Organization, IRO). (Para obtener más información sobre las apelaciones y la IRO, consulte el **Capítulo 9** de este *Manual del Miembro*).

El DMP puede no aplicarse en su caso si:

- tiene ciertas condiciones médicas, como cáncer o enfermedad de células falciformes,
- está recibiendo cuidados paliativos, de hospicio o al final de la vida, o
- vive en un centro de atención a largo plazo.



Si tiene alguna pregunta, llame a Neighborhood INTEGRITY for Duals al 1-844-812-6896 (TTY 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes (puede dejar un mensaje de voz los sábados, domingos y días festivos federales). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

Capítulo 6: Lo que paga por sus medicamentos de Medicare y Medicaid de Rhode Island

Introducción

Este capítulo le informa sobre lo que usted paga por sus medicamentos para pacientes externos. Por "medicamentos" hacemos referencia a:

- Medicamentos de la Parte D de Medicare, **y**
- Medicamentos y artículos cubiertos por Medicaid, **y**
- Medicamentos y artículos cubiertos por nuestro plan como beneficios adicionales.

Como usted es elegible para Medicaid de Rhode Island, obtendrá "Ayuda adicional" de Medicare para ayudarle a pagar sus medicamentos de la Parte D de Medicare. Le enviamos un folleto aparte, llamado "Cláusula de evidencia de cobertura para personas que reciben ayuda adicional para el pago de medicamentos recetados" (también conocido como "Cláusula de subsidio por bajos ingresos" o "Cláusula LIS"), que le informa sobre su cobertura de medicamentos. Si no tiene este folleto, llame a Servicios para Miembros y solicite la "Cláusula LIS".

Ayuda adicional es un programa de Medicare que ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a reducir los costos de los medicamentos recetados de la Parte D de Medicare, como primas, deducibles y copagos. La Ayuda adicional también se conoce como "Subsidio por bajos ingresos" o "LIS".

Otros términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo de este *Manual del Miembro*.

Para obtener más información sobre medicamentos, puede consultar lo siguiente:

- Nuestra *Lista de Medicamentos Cubiertos*.
 - La llamamos *Lista de Medicamentos*. En ella se indica:
 - Qué medicamentos cubrimos
 - En cuál de los 5 niveles se encuentra cada medicamento
 - Si existen límites para los medicamentos



Si tiene alguna pregunta, llame a Neighborhood INTEGRITY for Duals al 1-844-812-6896 (TTY 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes (puede dejar un mensaje de voz los sábados, domingos y días festivos federales). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

- Si necesita una copia de nuestra *Lista de Medicamentos*, llame a Servicios para Miembros. También podrá encontrar la copia más actualizada de nuestra *Lista de Medicamentos* en nuestro sitio web, www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.
- El **Capítulo 5** de este *Manual del Miembro*.
 - Le explicamos cómo obtener sus medicamentos ambulatorios a través de nuestro plan.
 - Incluye las reglas que debe seguir. También indica qué tipos de medicamentos no cubre nuestro plan.
 - Al usar la herramienta de " Beneficios en Tiempo Real" del plan para consultar la cobertura de medicamentos (consulte el **Capítulo 5, Sección B2**), el costo mostrado es una estimación de los gastos de bolsillo que deberá pagar. Puede llamar a Servicios para Miembros para obtener más información.
- Nuestro *Directorio de Proveedores y Farmacias*.
 - En la mayoría de los casos, debe usar una farmacia de la red para obtener sus medicamentos cubiertos. Las farmacias de la red son farmacias que aceptan trabajar con nosotros.
 - El *Directorio de Proveedores y Farmacias* incluye las farmacias de nuestra red. Consulte el **Capítulo 5** de este *Manual del Miembro* más información sobre las farmacias de la red.



Si tiene alguna pregunta, llame a Neighborhood INTEGRITY for Duals al 1-844-812-6896 (TTY 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes (puede dejar un mensaje de voz los sábados, domingos y días festivos federales). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

Tabla de contenidos

A. La <i>Explicación de Beneficios</i> (EOB).....	137
B. Cómo llevar un registro de sus gastos en medicamentos	138
C. Etapas de pago de medicamentos de la Parte D de Medicare	140
C1. Nuestro plan tiene 5 niveles de costos compartidos	140
C2. Sus opciones de farmacia.....	141
C3. Obtener un suministro a largo plazo de un medicamento.....	141
C4. Lo que usted paga.....	141
D. Etapa 1: La etapa de cobertura inicial.....	143
D1. Sus opciones de farmacia.....	144
D2. Obtener un suministro a largo plazo de un medicamento.....	144
D3. Lo que usted paga.....	144
D4. Fin de la etapa de cobertura inicial	146
E. Etapa 2: La etapa de cobertura catastrófica	146
F. El costo de sus medicamentos si su médico le receta menos de un suministro para un mes completo.....	147
G. Lo que usted paga por las vacunas de la Parte D	148
G1. Lo que necesita saber antes de vacunarse.....	148
G2. Lo que usted paga por una vacuna cubierta por la Parte D de Medicare	148



Si tiene alguna pregunta, llame a Neighborhood INTEGRITY for Duals al 1-844-812-6896 (TTY 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes (puede dejar un mensaje de voz los sábados, domingos y días festivos federales). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

A. La *Explicación de Beneficios* (EOB)

Nuestro plan lleva un registro de los costos de sus medicamentos y de los pagos que realiza al obtener sus recetas en la farmacia. Registramos dos tipos de costos:

- Sus **gastos de bolsillo**. Es la cantidad de dinero que usted, u otras personas en su nombre, pagan por sus recetas. Esto incluye lo que pagó al obtener un medicamento cubierto por la Parte D, cualquier pago por sus medicamentos realizado por familiares o amigos, cualquier pago por sus medicamentos realizado por la Ayuda Adicional de Medicare, planes de salud de empleadores o sindicatos, el Servicio de Salud Indígena, programas de asistencia para medicamentos contra el SIDA, organizaciones benéficas y la mayoría de los Programas Estatales de Asistencia Farmacéutica (State Pharmaceutical Assistance Programs, SPAP).
- Sus **costos totales de medicamentos**. Este es el total de todos los pagos realizados por sus medicamentos cubiertos por la Parte D. Incluye lo que pagó nuestro plan y lo que pagaron otros programas u organizaciones por sus medicamentos cubiertos por la Parte D.

Cuando obtiene medicamentos a través de nuestro plan, le enviamos un resumen llamado *Explicación de Beneficios* (EOB). La EOB no es una factura. Contiene más información sobre los medicamentos que toma. La EOB incluye:

- **Información del mes**. El resumen indica qué medicamentos recibió el mes anterior. Muestra el costo total, lo que pagó el plan y lo que pagó usted (o terceros) en su nombre.
- **Totales del año desde el 1 de enero**. Muestra los costos totales de medicamentos y los pagos acumulados desde que empezó el año.
- **Información sobre precios de medicamentos**. Indica el precio total de cada medicamento y los cambios en el precio del medicamento desde el primer surtido para cada pedido de receta de la misma cantidad.
- **Alternativas de menor costo**. Cuando sea aplicable, contiene información sobre otros medicamentos disponibles de menor costo compartido por cada receta.

Nuestro plan cubre algunos medicamentos que no están cubiertos por Medicare.

- Los pagos hechos por estos medicamentos no cuentan para sus gastos de bolsillo.
- Para saber qué medicamentos cubre nuestro plan, consulte nuestra *Lista de Medicamentos*.



Si tiene alguna pregunta, llame a Neighborhood INTEGRITY for Duals al 1-844-812-6896 (TTY 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes (puede dejar un mensaje de voz los sábados, domingos y días festivos federales). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

Además de los medicamentos cubiertos por Medicare, algunos medicamentos con y sin receta están cubiertos por Medicaid de Rhode Island. Estos medicamentos están incluidos en la *Lista de Medicamentos*.

B. Cómo llevar un registro de sus gastos en medicamentos

Para llevar un registro de los gastos y los pagos que realiza por sus medicamentos, usamos la información que recibimos de usted y de su farmacia. Así es como puede ayudarnos:

1. Use su tarjeta de identificación de miembro.

Muestre su tarjeta de identificación de miembro cada vez que retire una receta. Esto nos ayuda a saber qué medicamentos obtiene y cuánto paga por ellos.

2. Asegúrese de que tengamos la información necesaria.

Envíenos copias de los recibos de los medicamentos cubiertos que usted haya pagado. Puede pedirnos que le reembolsemos nuestra parte del costo del medicamento.

Aquí tiene ejemplos de cuándo debería enviarnos copias de sus recibos:

- Cuando compra un medicamento cubierto en una farmacia de la red a un precio especial o usa una tarjeta de descuento que no forma parte del beneficio de nuestro plan
- Cuando paga un copago por medicamentos que obtiene a través de un programa de asistencia del fabricante
- Cuando compra medicamentos cubiertos en una farmacia fuera de la red
- Cuando paga el precio total de un medicamento cubierto en circunstancias especiales

Para obtener más información sobre cómo pedirnos un reembolso de nuestra parte del costo de un medicamento, consulte el **Capítulo 7** de este *Manual del Miembro*.

3. Envíenos información sobre los pagos que otras personas realicen por usted.

Los pagos realizados por ciertas otras personas y organizaciones también cuentan para sus gastos de bolsillo. Por ejemplo, los pagos realizados por un Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica, un programa de asistencia para medicamentos contra el SIDA (ADAP), el Servicio de Salud Indígena y la mayoría de las organizaciones benéficas se incluyen en sus gastos de bolsillo. Esto puede ayudarle a calificar para la cobertura catastrófica. Al llegar a la Etapa de Cobertura Catastrófica, nuestro plan cubre todos los



Si tiene alguna pregunta, llame a Neighborhood INTEGRITY for Duals al 1-844-812-6896 (TTY 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes (puede dejar un mensaje de voz los sábados, domingos y días festivos federales). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

costos de sus medicamentos de la Parte D de Medicare durante el resto del año.

4. Controle la EOB que le enviamos.

Cuando reciba una EOB por correo, asegúrese de que esté completa y sea correcta.

- **¿Reconoce el nombre de cada farmacia?** Revise las fechas. ¿Compró medicamentos ese día?
- **¿Recibió los medicamentos indicados?** ¿Coinciden con los que aparecen en sus recibos? ¿Coinciden con lo que le recetó su médico?

¿Qué pasa si encuentro errores en este resumen?

Si algo es confuso o no parece correcto en esta EOB, llámenos a Servicios para Miembros de Neighborhood INTEGRITY for Duals. También puede encontrar respuestas a muchas preguntas en nuestro sitio web: www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

¿Qué pasa si hay un posible fraude?

Si este resumen muestra medicamentos que no está tomando o cualquier otra cosa que le parezca sospechosa, comuníquese con nosotros.

- Llámenos a Servicio para Miembros de Neighborhood INTEGRITY for Duals.
- O llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números de forma gratuita.
- También puede llamar a la Oficina de Integridad del Programa de Rhode Island al 1-401-462-6503 (TTY 711) o al Departamento del Fiscal General de Rhode Island para informes sobre fraude de Medicaid, abuso o negligencia de pacientes o desvío de medicamentos al 1-401-222-2556 o 1-401-274-4400 ext. 2269.

Si cree que algo está mal o falta, o si tiene alguna pregunta, llame a Servicios para Miembros. Tiene la opción de recibir su Explicación de Beneficios de la Parte D electrónicamente. Allí se proporciona la misma información y en el mismo formato que la Explicación de Beneficios impresa que recibe actualmente. Para comenzar a recibir una Explicación de Beneficios digital, visite www.caremark.com para registrarse. Recibirá una notificación por correo electrónico cuando tenga una nueva Explicación de Beneficios disponible. Conserve estas EOB. Son un registro importante de sus gastos en medicamentos.



Si tiene alguna pregunta, llame a Neighborhood INTEGRITY for Duals al 1-844-812-6896 (TTY 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes (puede dejar un mensaje de voz los sábados, domingos y días festivos federales). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

C. Etapas de pago de medicamentos de la Parte D de Medicare

Nuestro plan tiene dos etapas de pago para su cobertura de medicamentos de la Parte D de Medicare. El monto que paga por cada receta depende de la etapa en la que se encuentre al surtir o renovar su receta. Estas son las dos etapas:

Etapa 1: Etapa de cobertura inicial	Etapa 2: Etapa de cobertura catastrófica
<p>Durante esta etapa, pagamos parte del costo de sus medicamentos y usted paga su parte. Su parte se denomina copago.</p> <p>Usted comienza en esta etapa cuando surte su primera receta del año.</p>	<p>Durante esta etapa, pagamos todos los costos de sus medicamentos hasta el 31 de diciembre de 2026.</p> <p>Comienza esta etapa cuando ha pagado una cierta cantidad de gastos de su bolsillo.</p>

C1. Nuestro plan tiene 5 niveles de costos compartidos

Los niveles de copago son grupos de medicamentos con el mismo copago. Cada medicamento de la *Lista de Medicamentos* de nuestro plan se encuentra en uno de los cinco (5) niveles de costo compartido. En general, cuanto mayor sea el número del nivel, mayor será el copago. Para consultar los niveles de costo compartido de sus medicamentos, consulte nuestra *Lista de Medicamentos*.

- Los medicamentos de nivel 1 tienen el copago más bajo. Incluyen medicamentos genéricos preferidos o medicamentos no cubiertos por Medicare que cubre Medicaid de Rhode Island. El copago es de \$0.
- Los medicamentos de nivel 2 tienen el copago más bajo. Incluyen medicamentos genéricos. El copago es de \$0.
- Los medicamentos de nivel 3 tienen el copago más alto. Incluyen medicamentos de marca preferida. Su copago depende del nivel de Ayuda adicional que reciba. El copago es de \$0 o \$4.90/\$12.65, según sus ingresos.
- Los medicamentos de nivel 4 tienen el copago más alto. Incluyen medicamentos no preferidos. Su copago depende del nivel de Ayuda adicional que reciba. El copago varía entre \$0 o \$1.60/\$5.10 o \$4.90/\$12.65, según sus ingresos y si el medicamento es genérico o de marca.



Si tiene alguna pregunta, llame a Neighborhood INTEGRITY for Duals al 1-844-812-6896 (TTY 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes (puede dejar un mensaje de voz los sábados, domingos y días festivos federales). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

- Los medicamentos de nivel 5 tienen el copago más alto. Incluyen medicamentos de especialidad. Su copago depende del nivel de Ayuda adicional que reciba. El copago varía entre \$0, \$1.60/\$5.10 o \$4.90/\$12.65, según sus ingresos y si el medicamento es genérico o de marca.

C2. Sus opciones de farmacia

El costo de un medicamento depende de si lo obtiene de:

- Una farmacia minorista de la red, o
- Una farmacia fuera de la red. En casos limitados, cubrimos recetas surtidas en farmacias fuera de la red. Consulte el **Capítulo 5** de este *Manual del Miembro* para saber cuándo lo hacemos.
- La farmacia de pedidos por correo de nuestro plan.

Consulte el **Capítulo 9** de este *Manual del Miembro* para saber cómo presentar una apelación si le informan que un medicamento no estará cubierto. Para obtener más información sobre estas opciones de farmacia, consulte el **Capítulo 5** de este *Manual del Miembro* y nuestro *Directorio de Proveedores y Farmacias*.

C3. Obtener un suministro a largo plazo de un medicamento

Para algunos medicamentos, puede obtener un suministro a largo plazo (también llamado "suministro extendido") al surtir su receta. Un suministro a largo plazo es de hasta 90 días. Cuesta lo mismo que un suministro de un mes.

Para obtener detalles sobre dónde y cómo obtener un suministro a largo plazo de un medicamento, consulte el **Capítulo 5** de este *Manual del Miembro* o el *Directorio de Proveedores y Farmacias* de nuestro plan.

C4. Lo que usted paga

Es posible que pague un copago al surtir una receta. Si el medicamento cubierto cuesta menos que el copago, usted paga el precio más bajo.

Comuníquese con Servicios para Miembros para averiguar cuánto es su copago por cualquier medicamento cubierto.

Su parte del costo cuando obtiene un suministro mensual o a largo plazo de un medicamento de:



Si tiene alguna pregunta, llame a Neighborhood INTEGRITY for Duals al 1-844-812-6896 (TTY 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes (puede dejar un mensaje de voz los sábados, domingos y días festivos federales). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

	Una farmacia de la red Suministro para un mes o hasta 90 días	El servicio de pedidos por correo de nuestro plan Suministro para un mes o hasta 90 días	Una farmacia en centro de cuidados a largo plazo de la red Suministro para hasta 31 días	Una farmacia fuera de la red Suministro para hasta 30 días. La cobertura está limitada a ciertos casos. Consulte el Capítulo 5 de este <i>Manual del Miembro</i> para obtener más detalles.
Nivel 1 de costo compartido (Medicamentos genéricos preferidos)	\$0	\$0	\$0	\$0
Nivel 2 de costo compartido (Medicamentos genéricos)	\$0	\$0	\$0	\$0
Nivel 3 de costo compartido (Medicamentos de marca preferida)	Su costo compartido varía según el nivel de Ayuda adicional que reciba. \$0 o \$4.90/\$12.65			
Nivel 4 de costo compartido (Medicamentos no preferidos)	Su costo compartido varía según el nivel de Ayuda adicional que reciba. \$0 o \$1.60/\$5.10 (Genérico) o \$4.90/\$12.65 (Marca)			
Nivel 5 de costo compartido	Su costo compartido varía según el nivel de Ayuda adicional que reciba. \$0 o \$1.60/\$5.10 (Genérico) o \$4.90/\$12.65 (Marca)			



Si tiene alguna pregunta, llame a Neighborhood INTEGRITY for Duals al 1-844-812-6896 (TTY 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes (puede dejar un mensaje de voz los sábados, domingos y días festivos federales). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

	Una farmacia de la red Suministro para un mes o hasta 90 días	El servicio de pedidos por correo de nuestro plan Suministro para un mes o hasta 90 días	Una farmacia en centro de cuidados a largo plazo de la red Suministro para hasta 31 días	Una farmacia fuera de la red Suministro para hasta 30 días. La cobertura está limitada a ciertos casos. Consulte el Capítulo 5 de este <i>Manual del Miembro</i> para obtener más detalles.
(Medicamentos de especialidad)	No hay suministro para 90 días disponible para medicamentos del Nivel 5.	No hay suministro para 90 días disponible para medicamentos del Nivel 5.	Su costo compartido varía según el nivel de Ayuda adicional que reciba.	Su costo compartido varía según el nivel de Ayuda adicional que reciba.

D. Etapa 1: La etapa de cobertura inicial

Durante la Etapa de cobertura Inicial, pagamos una parte del costo de sus medicamentos cubiertos y usted paga la suya. Su parte se denomina copago. El copago depende del nivel de costo compartido del medicamento y de dónde lo obtenga.

Los niveles de copago son grupos de medicamentos con el mismo copago. Cada medicamento de la *Lista de Medicamentos* de nuestro plan se encuentra en uno de los cinco (5) niveles de costo compartido. En general, cuanto mayor sea el número del nivel, mayor será el copago. Para consultar los niveles de costo compartido de sus medicamentos, consulte nuestra *Lista de Medicamentos*.

- Los medicamentos de nivel 1 tienen el copago más bajo. Incluyen medicamentos genéricos preferidos o medicamentos no cubiertos por Medicare que cubre Medicaid de Rhode Island. El copago es de \$0.
- Los medicamentos de nivel 2 tienen el copago más bajo. Incluyen medicamentos genéricos. El copago es de \$0.
- Los medicamentos de nivel 3 tienen el copago más alto. Incluyen medicamentos de marca preferida. Su costo compartido depende del nivel de Ayuda adicional que reciba. El costo compartido es de \$0 o \$4.90/\$12.65, según sus ingresos.



Si tiene alguna pregunta, llame a Neighborhood INTEGRITY for Duals al 1-844-812-6896 (TTY 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes (puede dejar un mensaje de voz los sábados, domingos y días festivos federales). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

- Los medicamentos de nivel 4 tienen el copago más alto. Incluyen medicamentos no preferidos. Su costo compartido depende del nivel de Ayuda adicional que reciba. El costo compartido varía entre \$0 o \$1.60/\$5.10 o \$4.90/\$12.65, según sus ingresos y si el medicamento es genérico o de marca.
- Los medicamentos de nivel 5 tienen el copago más alto. Incluyen medicamentos de especialidad. Su costo compartido depende del nivel de ayuda Adicional que reciba. El costo compartido varía entre \$0 o \$1.60/\$5.10 o \$4.90/\$12.65, según sus ingresos y si el medicamento es genérico o de marca.

D1. Sus opciones de farmacia

El costo de un medicamento depende de si lo obtiene de:

- Una farmacia minorista de la red, o
- Una farmacia fuera de la red. En casos limitados, cubrimos recetas surtidas en farmacias fuera de la red. Consulte el **Capítulo 5** de este *Manual del Miembro* para saber cuándo lo hacemos.
- La farmacia de pedidos por correo de nuestro plan.

Para obtener más información sobre estas opciones, consulte el **Capítulo 5** de este *Manual del Miembro* y nuestro *Directorio de Proveedores y Farmacias*.

D2. Obtener un suministro a largo plazo de un medicamento

Para algunos medicamentos, puede obtener un suministro a largo plazo (también llamado "suministro extendido") al surtir su receta. Un suministro a largo plazo es de hasta 90 días. Cuesta lo mismo que un suministro de un mes.

Para obtener detalles sobre dónde y cómo obtener un suministro a largo plazo de un medicamento, consulte el **Capítulo 5** de este *Manual del Miembro* o el *Directorio de Proveedores y Farmacias* de nuestro plan.

D3. Lo que usted paga

Durante la Etapa de cobertura Inicial, podría pagar un copago cada vez que surta una receta. Si su medicamento cubierto cuesta menos que el copago, usted paga el precio más bajo.

Comuníquese con Servicios para Miembros para averiguar cuánto es su copago por cualquier medicamento cubierto.

Su parte del costo cuando obtiene un suministro mensual o a largo plazo de un medicamento de:



Si tiene alguna pregunta, llame a Neighborhood INTEGRITY for Duals al 1-844-812-6896 (TTY 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes (puede dejar un mensaje de voz los sábados, domingos y días festivos federales). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

	Una farmacia de la red Suministro para un mes o hasta 90 días	El servicio de pedidos por correo de nuestro plan Suministro para un mes o hasta 90 días	Una farmacia en centro de cuidados a largo plazo de la red Suministro para hasta 31 días	Una farmacia fuera de la red Suministro para hasta 30 días. La cobertura está limitada a ciertos casos. Consulte el Capítulo 5 de este <i>Manual del Miembro</i> para obtener más detalles.
Nivel 1 de costo compartido (Medicamentos genéricos preferidos)	\$0	\$0	\$0	\$0
Nivel 2 de costo compartido (Medicamentos genéricos)	\$0	\$0	\$0	\$0
Nivel 3 de costo compartido (Medicamentos de marca preferida)	Su costo compartido varía según el nivel de Ayuda adicional que reciba. \$0 o \$4.90/\$12.65			
Nivel 4 de costo compartido (Medicamentos no preferidos)	Su costo compartido varía según el nivel de Ayuda adicional que reciba. \$0 o \$1.60/\$5.10 o \$4.90/\$12.65			
Nivel 5 de costo compartido	Su costo compartido varía según el nivel de Ayuda adicional que reciba. \$0 o \$1.60/\$5.10 o \$4.90/\$12.65			



Si tiene alguna pregunta, llame a Neighborhood INTEGRITY for Duals al 1-844-812-6896 (TTY 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes (puede dejar un mensaje de voz los sábados, domingos y días festivos federales). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

	Una farmacia de la red Suministro para un mes o hasta 90 días	El servicio de pedidos por correo de nuestro plan Suministro para un mes o hasta 90 días	Una farmacia en centro de cuidados a largo plazo de la red Suministro para hasta 31 días	Una farmacia fuera de la red Suministro para hasta 30 días. La cobertura está limitada a ciertos casos. Consulte el Capítulo 5 de este <i>Manual del Miembro</i> para obtener más detalles.
(Medicamentos de especialidad)	No hay suministro para 90 días disponible para medicamentos del Nivel 5.	No hay suministro para 90 días disponible para medicamentos del Nivel 5.	Su costo compartido varía según el nivel de ayuda Adicional que reciba.	Su costo compartido varía según el nivel de Ayuda adicional que reciba.

Para obtener información sobre las farmacias que pueden proporcionarle suministros a largo plazo, consulte el *Directorio de Proveedores y Farmacias* de nuestro plan.

D4. Fin de la etapa de cobertura inicial

La Etapa de cobertura Inicial finaliza cuando sus gastos de bolsillo totales alcanzan los \$2,100. En ese momento, comienza la Etapa de cobertura catastrófica. Cubrimos todos sus gastos de medicamentos desde entonces hasta fin de año.

Su Explicación de Beneficios (EOB) le ayuda a llevar un registro de cuánto ha pagado por sus medicamentos durante el año. Le avisamos si alcanza el límite de \$2,100. Muchas personas no lo alcanzan en un año.

E. Etapa 2: La etapa de cobertura catastrófica

Al alcanzar el límite de gastos de bolsillo de \$2,100 para sus medicamentos, comienza la Etapa de Cobertura Catastrófica. Permanecerá en esta Etapa hasta el final del año calendario. Durante esta etapa, no pagará nada por sus medicamentos cubiertos por la Parte D.



Si tiene alguna pregunta, llame a Neighborhood INTEGRITY for Duals al 1-844-812-6896 (TTY 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes (puede dejar un mensaje de voz los sábados, domingos y días festivos federales). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

F. El costo de sus medicamentos si su médico le receta menos de un suministro para un mes completo

Por lo general, se paga un copago para cubrir el suministro de un mes completo de un medicamento cubierto. Sin embargo, su médico puede recetar un suministro de medicamentos para menos de un mes.

- Puede haber ocasiones en las que desee preguntarle a su médico si le receta un suministro de un medicamento para menos de un mes (por ejemplo, cuando está probando un medicamento por primera vez).
- Si su médico está de acuerdo, usted no paga el suministro de un mes completo para ciertos medicamentos.

Cuando recibe menos de un mes de suministro de un medicamento, el monto que paga se basa en la cantidad de días que recibe el medicamento. Calculamos el monto que paga por día por su medicamento (la "tasa diaria de costo compartido") y lo multiplicamos por la cantidad de días que recibe el medicamento.

- Por ejemplo: Supongamos que el copago de su medicamento para un suministro de un mes completo (para 30 días) es de \$1.60. Esto significa que el monto que paga por su medicamento es inferior a \$0.05 al día. Si obtiene un suministro para 7 días, su pago es inferior a \$0.05 al día multiplicado por 7 días, lo que da un pago total inferior a \$0.37.
- El costo compartido diario le permite asegurarse de que un medicamento funcione para usted antes de pagar el suministro de un mes completo.
- También puede pedirle a su proveedor que le recete un suministro de un medicamento para menos de un mes completo para ayudarlo a:
 - Planificar mejor cuándo renovar sus medicamentos
 - Coordinar los resurtidos con otros medicamentos que toma, y
 - Hacer menos viajes a la farmacia



Si tiene alguna pregunta, llame a Neighborhood INTEGRITY for Duals al 1-844-812-6896 (TTY 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes (puede dejar un mensaje de voz los sábados, domingos y días festivos federales). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

G. Lo que usted paga por las vacunas de la Parte D

Mensaje importante sobre lo que usted paga por vacunas: Algunas vacunas se consideran beneficios médicos y están cubiertas por la Parte B de Medicare. Otras vacunas se consideran medicamentos de la Parte D de Medicare. Puede encontrar estas vacunas en nuestra *Lista de Medicamentos*. Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D de Medicare sin costo alguno para usted. Consulte la *Lista de Medicamentos* de su plan o comuníquese con Servicios para Miembros para obtener detalles sobre la cobertura y los costos compartidos de vacunas específicas.

Nuestra cobertura de las vacunas de Medicare Parte D se divide en dos partes:

1. La primera parte corresponde al costo de la vacuna.
2. La segunda parte corresponde al costo de la administración de la vacuna. Por ejemplo, a veces es posible que su médico le administren la vacuna mediante una inyección.

G1. Lo que necesita saber antes de vacunarse

Le recomendamos que llame a Servicios para Miembros si planea colocarse una vacuna.

- Podemos informarle sobre cómo nuestro plan cubre su vacuna y explicarle su parte del costo.
- Podemos decirle cómo mantener bajos sus costos al utilizar farmacias y proveedores de la red. Las farmacias y los proveedores de la red acuerdan trabajar con nuestro Plan. Un proveedor de la red trabaja con nosotros para garantizar que no tenga costos iniciales por una vacuna de la Parte D de Medicare.

G2. Lo que usted paga por una vacuna cubierta por la Parte D de Medicare

Lo que paga por una vacuna depende del tipo de vacuna (para qué enfermedad se vacuna).

- Algunas vacunas se consideran beneficios para la salud, no medicamentos. Estas vacunas están cubiertas sin costo alguno. Para obtener más información sobre la cobertura de estas vacunas, consulte la Tabla de Beneficios en el **Capítulo 4** de este *Manual del Miembro*.
- Otras vacunas se consideran medicamentos de la Parte D de Medicare. Puede encontrar estas vacunas en la *Lista de Medicamentos* de nuestro plan. Es posible que tenga que pagar un copago por las vacunas de la Parte D de Medicare. Si la vacuna está recomendada para adultos por una organización llamada **Comité**



Si tiene alguna pregunta, llame a Neighborhood INTEGRITY for Duals al 1-844-812-6896 (TTY 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes (puede dejar un mensaje de voz los sábados, domingos y días festivos federales). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

Asesor sobre Prácticas de Inmunización (Advisory Committee on Immunization Practices, ACIP), entonces la vacuna no le costará nada.

A continuación se presentan tres formas comunes en las que podría obtener una vacuna de la Parte D de Medicare.

1. Usted recibe la vacuna de la Parte D de Medicare y su inyección en una farmacia de la red.
 - Para la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, no pagará nada.
 - Para otras vacunas de la Parte D, no paga nada por la vacuna.
2. Usted recibe la vacuna de la Parte D de Medicare en el consultorio de su médico, y su médico le aplica la inyección.
 - No paga nada al médico por la vacuna.
 - Nuestro plan paga el costo de administrarle la inyección.
 - En esta situación, el consultorio del médico debe llamar a nuestro plan para que podamos asegurarnos de que sepan que usted no tiene que pagar nada por la vacuna.
3. Usted obtiene el medicamento de la vacuna de la Parte D de Medicare en una farmacia y lo lleva al consultorio de su médico para que le apliquen la inyección.
 - Para la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, no pagará nada por la vacuna en sí.
 - Para otras vacunas de la Parte D, no paga nada o paga un copago por la vacuna.
 - Nuestro plan paga el costo de administrarle la inyección.



Si tiene alguna pregunta, llame a Neighborhood INTEGRITY for Duals al 1-844-812-6896 (TTY 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes (puede dejar un mensaje de voz los sábados, domingos y días festivos federales). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

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

Introducción

Este capítulo le indica cómo y cuándo enviarnos una factura para solicitar el pago. También le explica cómo presentar una apelación si no está de acuerdo con una decisión de cobertura. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo de este *Manual del Miembro*.

Tabla de contenidos

A. Cómo pedirnos que paguemos por sus servicios o medicamentos	151
B. Envío de una solicitud de pago.....	154
C. Decisiones sobre la cobertura	155
D. Apelaciones	155



Si tiene alguna pregunta, llame a Neighborhood INTEGRITY for Duals al 1-844-812-6896 (TTY 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes (puede dejar un mensaje de voz los sábados, domingos y días festivos federales). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

A. Cómo pedirnos que paguemos por sus servicios o medicamentos

Nuestros proveedores de la red deben facturar al plan para sus servicios y medicamentos cubiertos después de que usted los reciba. Un proveedor de la red es un proveedor que trabaja con el plan de salud.

No permitimos que los proveedores de Neighborhood INTEGRITY for Duals le facturen por estos servicios. Nosotros les pagamos a nuestros proveedores directamente y lo protegemos a usted de cualquier cargo.

Si recibe una factura por el costo total de la atención médica o de los medicamentos, no la pague y envíenos la factura. Para saber cómo hacerlo, consulte la Sección B.

- Si cubrimos los servicios o medicamentos, le pagaremos al proveedor directamente.
- Si cubrimos los servicios o medicamentos y usted ya pagó más de su parte compartida del costo, tiene derecho a que le reembolsemos.
 - Si pagó por servicios cubiertos por Medicare, le reembolsaremos el dinero.
 - Si pagó por servicios cubiertos por Medicaid de Rhode Island, no podemos reembolsarle el dinero, pero el proveedor sí lo hará. Servicios para Miembros o su administrador de atención puede ayudarle a contactar con el consultorio del proveedor. Consulte el número de teléfono de Servicios para Miembros al final de la página.
- Si no cubrimos los servicios o medicamentos, se lo diremos.

Comuníquese con Servicios para Miembros si tiene alguna pregunta. Si no sabe cuánto debería haber pagado, o si recibe la factura y no sabe qué hacer, nosotros podemos ayudarle. También puede llamarnos si desea informarnos sobre una solicitud de pago que ya nos haya enviado.

Ejemplos de situaciones en las que puede necesitar pedirnos que le reembolsemos o que paguemos una factura que recibió:

1. Cuando recibe atención médica de emergencia o urgente de un proveedor fuera de la red

Pídale al proveedor que nos envíe la factura directamente.

- Si pagó el monto total cuando recibió la atención, pídanos que le reembolsemos. Envíenos la factura y el comprobante de cualquier pago realizado.
- Es posible que reciba una factura del proveedor solicitando un pago que usted considera que no corresponde. Envíenos la factura y el comprobante de cualquier pago realizado.



Si tiene alguna pregunta, llame a Neighborhood INTEGRITY for Duals al 1-844-812-6896 (TTY 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes (puede dejar un mensaje de voz los sábados, domingos y días festivos federales). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

- Si el proveedor debería recibir el pago, le pagaremos a él directamente.
- Si usted ya pagó por el servicio cubierto por Medicare, le haremos un reembolso.

2. Cuando un proveedor dentro de la red le envía una factura

Los proveedores de la red siempre deben facturarnos a nosotros. Es importante mostrar su Tarjeta de Identificación de Miembro cuando reciba servicios o recetas. Sin embargo, a veces cometen errores y le piden que pague por sus servicios o por encima de su parte del costo. **Llame a Servicios para Miembros** al número que aparece al final de esta página **si recibe alguna factura**.

- Como nosotros pagamos el costo total de sus servicios, usted no es responsable de pagar ningún costo. Los proveedores no deberían cobrarle nada por estos servicios.
- Cuando reciba una factura de un proveedor de red, nos la debe enviar. Nos pondremos en contacto directamente con el proveedor y solucionaremos el problema.
- Si ya lo pagó una factura de un proveedor dentro de la red por servicios cubiertos por Medicare, envíenos la factura y el comprobante del pago realizado. Le reembolsaremos los servicios cubiertos.

3. Si está inscrito retroactivamente en nuestro plan

A veces, su inscripción al plan puede ser retroactiva. (Esto significa que el primer día de su inscripción ya pasó. Incluso podría haber sido el año anterior).

- Si fue inscrito retroactivamente y pagó una factura después de la fecha de inscripción, puede solicitarnos que le reembolsemos el dinero.
- Envíenos la factura y comprobante de cualquier pago realizado.

4. Cuando utiliza una farmacia fuera de la red para surtir una receta

Si usa una farmacia fuera de la red, debe pagar el costo total del medicamento.

- En muy pocos casos, cubrimos recetas surtidas en farmacias fuera de la red. Envíenos una copia del recibo cuando nos solicite el reembolso.
- Consulte el **Capítulo 5** de este *Manual del Miembro* para saber más acerca de las farmacias fuera de la red.
- Es posible que no le reembolsemos la diferencia entre lo que pagó por el



Si tiene alguna pregunta, llame a Neighborhood INTEGRITY for Duals al 1-844-812-6896 (TTY 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes (puede dejar un mensaje de voz los sábados, domingos y días festivos federales). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

medicamento en una farmacia fuera de la red y el monto que pagaríamos en una farmacia dentro de la red.

5. Cuando paga el costo total de su receta de la parte D de Medicare porque no tiene su tarjeta de identificación de miembro

Si no tiene su tarjeta de identificación de miembro, puede pedirle a la farmacia que nos llame o que busque la información de su plan.

- Si la farmacia no puede obtener la información de inmediato, es posible que deba pagar usted mismo el costo total de la receta o regresar a la farmacia presentando su tarjeta de identificación de miembro.
- Envíenos una copia de su recibo cuando solicite el reembolso de nuestra parte del costo.
- Es posible que no le reembolsemos el costo total que pagó si el precio en efectivo que pagó es mayor que el precio que negociamos para la receta.

6. Cuando paga el costo total de una receta de la Parte D de Medicare que no está cubierta

Es posible que deba pagar el costo total de la receta porque el medicamento no está cubierto.

- Es posible que el medicamento no aparezca en nuestra *Lista de Medicamentos Cubiertos (Lista de Medicamentos)* en nuestro sitio web, o que tenga algún requisito o restricción que desconoce o que no cree que le sea aplicable. Si decide obtener el medicamento, podría tener que pagar el costo total.
 - Si no paga el medicamento pero cree que deberíamos cubrirlo, puede solicitar una decisión de cobertura (consulte el **Capítulo 9** de este *Manual del Miembro*).
 - Si usted y su médico u otro proveedor que le recetó el medicamento consideran que lo necesita de inmediato, (dentro de las 24 horas), puede solicitar una decisión de cobertura rápida (consulte el **Capítulo 9** de este *Manual del Miembro*).
- Envíenos una copia de su recibo cuando solicite el reembolso. En algunos casos, es posible que necesitemos obtener más información de su médico u otro profesional que le recetó el medicamento para reembolsarle nuestra parte del costo. Es posible que no le reembolsemos el costo total si el precio que pagó es superior al precio negociado por la receta.

Cuando nos envía una solicitud de pago, la revisamos y decidimos si el servicio o medicamento debe estar cubierto. Esto se llama tomar una "decisión de cobertura". Si decidimos que el servicio o medicamento debe estar cubierto, pagamos nuestra parte del costo.



Si tiene alguna pregunta, llame a Neighborhood INTEGRITY for Duals al 1-844-812-6896 (TTY 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes (puede dejar un mensaje de voz los sábados, domingos y días festivos federales). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

Si denegamos su solicitud de pago, puede apelar nuestra decisión. Para saber cómo presentar una apelación, consulte el **Capítulo 9** de este *Manual del Miembro*.

B. Envío de una solicitud de pago

Envíenos su factura y el comprobante de pago de cualquier servicio de Medicare o llámenos. El comprobante de pago puede ser una copia del cheque que emitió o un recibo del proveedor. **Le recomendamos guardar una copia de sus facturas y recibos para sus registros.** Puede pedirle ayuda a su administrador de atención.

Para asegurarnos de que nos proporcione toda la información necesaria para tomar una decisión, puede completar nuestro formulario de reclamación para solicitar el pago.

- No es obligatorio usar el formulario, pero nos ayuda a procesar la información más rápido.
- Puede obtener el formulario en nuestro sitio web (www.nhpri.org/INTEGRITYDuals), o puede llamar a Servicios para Miembros y solicitar uno.

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

Neighborhood Health Plan of Rhode Island

Attn: Member Services

910 Douglas Pike

Smithfield, RI 02917

Solicitud de pago de medicamentos recetados de la Parte D

CVS Caremark®

PO BOX 52066

Phoenix, AZ 85072-2066

También puede llamarnos para solicitar el pago. Llame a Neighborhood INTEGRITY for Duals al 1-844-812-6896 y TTY 711, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes (puede dejar un mensaje de voz los sábados, domingos y días festivos federales). La llamada es gratuita.



Si tiene alguna pregunta, llame a Neighborhood INTEGRITY for Duals al 1-844-812-6896 (TTY 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes (puede dejar un mensaje de voz los sábados, domingos y días festivos federales). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

C. Decisiones sobre la cobertura

Cuando recibimos su solicitud de pago, tomamos una decisión sobre la cobertura. Esto significa que decidimos si nuestro plan cubre su servicio, artículo o medicamento. También decidimos el monto que deberá pagar, si corresponde.

- Le informaremos si necesitamos más información.
- Si decidimos que nuestro plan cubre el servicio, artículo o medicamento y usted siguió todas las reglas para obtenerlo, pagaremos nuestra parte del costo. Si ya ha pagado el servicio o medicamento, le enviaremos un cheque por nuestra parte del costo. Si pagó el costo total de un medicamento, es posible que no se le reembolse el monto total (por ejemplo, si lo adquirió en una farmacia fuera de la red o si el precio en efectivo que pagó es mayor que el precio negociado). Si no ha pagado, le pagaremos directamente al proveedor.

El **Capítulo 3** de este *Manual del Miembro* las reglas para obtener la cobertura de servicios. El **Capítulo 5** de este *Manual del Miembro* explica las reglas para obtener la cobertura de sus medicamentos de la Parte D de Medicare.

- Si decidimos no cubrir nuestra parte del costo del servicio o medicamento, le enviaremos una carta con las razones. La carta también explica sus derechos a presentar una apelación.
- Para obtener más información sobre las decisiones de cobertura, consulte el **Capítulo 9**.

D. Apelaciones

Si cree que cometimos un error al rechazar su solicitud de pago, puede pedirnos que modifiquemos nuestra decisión. Esto se llama "presentar una apelación". También puede presentar una apelación si no está de acuerdo con el monto que pagamos.

El proceso formal de apelaciones cuenta con procedimientos y plazos detallados. Para obtener más información sobre las apelaciones, consulte el **Capítulo 9** de este *Manual del Miembro*.

- Para presentar una apelación sobre el reembolso de un servicio de atención médica, consulte la **Sección F**.
- Para presentar una apelación sobre el reembolso de un medicamento, consulte la **Sección G**.



Si tiene alguna pregunta, llame a Neighborhood INTEGRITY for Duals al 1-844-812-6896 (TTY 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes (puede dejar un mensaje de voz los sábados, domingos y días festivos federales). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

Capítulo 8: Sus derechos y responsabilidades

Introducción

Este capítulo incluye sus derechos y responsabilidades como miembro de nuestro plan. Debemos respetar sus derechos. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo de este *Manual del Miembro*.

Tabla de contenidos

A. Su derecho a recibir servicios e información de una manera que se adapte a sus necesidades	157
B. Nuestra responsabilidad de garantizar su acceso oportuno a los servicios y medicamentos cubiertos.....	159
C. Nuestra responsabilidad de proteger su información personal de salud (PHI).....	160
C1. Cómo protegemos su PHI.....	160
C2. Su derecho a consultar su historial médico	161
D. Nuestra responsabilidad de brindarle información	161
E. Incapacidad de los proveedores de red para facturarle directamente	162
F. Su derecho a dejar nuestro plan.....	163
G. Su derecho a tomar decisiones acerca de su atención médica.....	163
G1. Su derecho a conocer sus opciones de tratamiento y a tomar decisiones	163
G2. Su derecho a decir lo que desea que suceda si no puede tomar decisiones sobre su atención médica por sí mismo.....	164
G3. Qué hacer si no se siguen las instrucciones	165
H. Su derecho a presentar quejas y a pedirnos que reconsideremos nuestras decisiones.....	165
H1. Qué hacer ante un trato injusto o para obtener más información sobre sus derechos.....	165
I. Sus responsabilidades como miembro del plan.....	166



Si tiene alguna pregunta, llame a Neighborhood INTEGRITY for Duals al 1-844-812-6896 (TTY 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes (puede dejar un mensaje de voz los sábados, domingos y días festivos federales). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

A. Su derecho a recibir servicios e información de una manera que se adapte a sus necesidades

We must ensure **all** services, both clinical and non-clinical are provided to you in a culturally competent and accessible manner including for those with limited English proficiency, limited reading skills, hearing incapacity, or those with diverse cultural and ethnic backgrounds. We must also tell you about our plan's benefits and your rights in a way that you can understand. We must tell you about your rights each year that you're in our plan.

- To get information in a way that you can understand, call Member Services. Our plan has free interpreter services available to answer questions in different languages.
- Our plan can also give you materials in languages other than English including Spanish and Portuguese and in formats such as large print, braille, or audio. To get materials in one of these alternative formats, please call Member Services or write to Neighborhood Health Plan of Rhode Island, 910 Douglas Pike, Smithfield, RI 02917.
 - You can ask to get this document and future materials in your preferred language and/or alternate format by calling Member Services. This is called a "standing request". Member Services will document your standing request in your member record so that you can receive materials now and in the future in your preferred language and/or format. You can change or delete your standing request at any time by calling Member Services.

If you have trouble getting information from our plan because of language problems or a disability and you want to file a complaint, call:

- Medicare at 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). TTY users should call 1-877-486-2048.
- Rhode Island Medicaid at 1-855-697-4347 (TTY 711). You may also go to your local Department of Human Services office for in-person assistance. Call 1-855-697-4347 (TTY 711) to find the nearest DHS office to you.
- Office for Civil Rights at 1-800-368-1019. TTY users should call 1-800-537-7697.

Debemos garantizar que todos los servicios, tanto clínicos como no clínicos, se le brinden de manera culturalmente competente y accesible, incluso para personas con dominio limitado del inglés, habilidades de lectura limitadas, discapacidad auditiva o con diversos orígenes culturales y étnicos. También debemos informarle sobre los beneficios de nuestro plan y sus derechos de forma que pueda comprenderlos. Debemos informarle sobre sus derechos cada año que participe



Si tiene alguna pregunta, llame a Neighborhood INTEGRITY for Duals al 1-844-812-6896 (TTY 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes (puede dejar un mensaje de voz los sábados, domingos y días festivos federales). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

en INTEGRITY for Duals.

- Para obtener información comprensible, llame a Servicios para Miembros. Nuestro plan cuenta con servicios de interpretación gratuitos para responder preguntas en diferentes idiomas.
- Nuestro plan también puede proporcionarle materiales en otros idiomas, como español y portugués, y en formatos como letra grande, braille o audio. Para obtener materiales en uno de estos formatos alternativos, llame a Servicios para Miembros o escriba a Neighborhood Health Plan of Rhode Island, 910 Douglas Pike, Smithfield, RI 02917.
- Puede solicitar este documento y materiales futuros en su idioma o formato preferido llamando a Atención al Miembro. Esto se denomina "solicitud permanente". Atención al Miembro documentará su solicitud permanente en su expediente para que pueda recibir los materiales, ahora y en el futuro, en su idioma o formato preferido. Puede modificar o eliminar su solicitud permanente en cualquier momento llamando a Atención al Miembro.
- Si tiene problemas para obtener información de nuestro plan debido a problemas de idioma o una discapacidad y desea presentar una queja, llame al:
 - Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
 - Medicaid de Rhode Island al 1-855-697-4347 (TTY 711). También puede acudir a su oficina local del Departamento de Servicios Humanos para obtener asistencia en persona. Llame al 1-855-697-4347 (TTY 711) para encontrar la oficina del DHS más cercana.
 - Oficina de Derechos Civiles al 1-800-368-1019. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-537-7697.

Devemos garantir que todos os serviços, clínicos e não clínicos, sejam prestados a você de forma culturalmente competente e acessível, inclusive para aqueles com proficiência limitada em inglês, habilidades de leitura limitadas, deficiência auditiva ou pessoas com origens culturais e étnicas diversas. Também devemos informá-lo sobre os benefícios do nosso plano e seus direitos de uma forma que você possa entender. Devemos informá-lo sobre seus direitos a cada ano em que você estiver no INTEGRITY for Duals.

- Para obter informações de forma compreensível, ligue para o Atendimento ao Cliente. Nosso plano oferece serviços gratuitos de intérprete para responder a perguntas em diferentes idiomas.
- Nosso plano também oferece materiais em outros idiomas além do inglês, incluindo espanhol e português, e em formatos como letras grandes, braille ou áudio. Para obter materiais em um desses formatos alternativos, ligue para o Atendimento ao Cliente ou escreva para Neighborhood Health Plan of Rhode Island, 910 Douglas Pike, Smithfield, RI 02917 .



Si tiene alguna pregunta, llame a Neighborhood INTEGRITY for Duals al 1-844-812-6896 (TTY 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes (puede dejar un mensaje de voz los sábados, domingos y días festivos federales). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

- Usted puede solicitar este documento e materiales futuros en el idioma e/ou formato de su preferencia llamando para el Servicio de Atención al Miembro. Esto es llamado de "solicitud permanente". El Servicio de Atención al Miembro registrará su solicitud permanente en su registro de miembro para que usted pueda recibir materiales ahora y en el futuro en el idioma e/ou formato de su preferencia. Usted puede alterar o excluir su solicitud permanente a cualquier momento llamando para el Servicio de Atención al Miembro.
- Si usted tiene problemas para obtener información de nuestro plan debido a problemas de idioma o alguna deficiencia y quisiera registrar una reclamación, llame para:
 - Medicare: 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Usuarios de TTY deben llamar para 1-877-486-2048.
 - Medicaid de Rhode Island por teléfono 1-855-697-4347 (TTY 711). Usted también puede ir al escritorio local del Departamento de Servicios Humanos para obtener asistencia presencial. Llame para 1-855-697-4347 (TTY 711) para encontrar el escritorio del DHS más próximo de usted.
 - Escritorio de Derechos Civiles por teléfono 1-800-368-1019. Usuarios de TTY deben llamar para 1-800-537-7697.

B. Nuestra responsabilidad de garantizar su acceso oportuno a los servicios y medicamentos cubiertos

Usted tiene derechos como miembro de nuestro plan.

- Tiene derecho a elegir un proveedor de atención primaria (PCP) en nuestra red. Un proveedor de la red es un proveedor que trabaja con nosotros. Puede encontrar más información sobre los tipos de proveedores que pueden actuar como PCP y cómo elegir uno en el **Capítulo 3** de este *Manual del Miembro*.
 - Llame a Servicios para Miembros o visite el *Directorio de proveedores y farmacias* para obtener más información sobre los proveedores de la red y qué médicos aceptan nuevos pacientes.
- No necesitamos que usted obtenga una derivación.
- Tiene derecho a recibir servicios cubiertos de proveedores dentro de la red en un tiempo razonable.
 - Esto incluye el derecho a conseguir servicios oportunos de especialistas.
 - Si no puede obtener servicios dentro de un tiempo razonable, debemos



Si tiene alguna pregunta, llame a Neighborhood INTEGRITY for Duals al 1-844-812-6896 (TTY 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes (puede dejar un mensaje de voz los sábados, domingos y días festivos federales). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

cubrir la atención fuera de la red.

- Tiene derecho a recibir servicios de emergencia o atención urgente sin autorización previa (PA).
- Tiene derecho a surtir sus recetas en cualquiera de nuestras farmacias de la red sin largas esperas.
- Tiene derecho a saber cuándo puede utilizar un proveedor fuera de la red. Para obtener más información sobre los proveedores fuera de la red, consulte **el Capítulo 3** de este *Manual del Miembro*.

El **Capítulo 9** de este *Manual del Miembro* le explica qué puede hacer si considera que no está recibiendo sus servicios o medicamentos en un plazo razonable. También le explica qué puede hacer si le denegamos la cobertura de sus servicios o medicamentos y no está de acuerdo con nuestra decisión.

C. Nuestra responsabilidad de proteger su información personal de salud (PHI)

Protegemos su PHI según lo exigen las leyes federales y estatales.

Su PHI incluye la información personal que nos proporcionó al inscribirse en nuestro plan. También incluye su historial médico y otra información médica y de salud.

Tiene derechos en lo que respecta a su información y a controlar cómo se utiliza su PHI. Le enviamos un aviso por escrito que le informa sobre estos derechos y explica cómo protegemos la privacidad de su PHI. Este aviso se denomina "Aviso de Prácticas de Privacidad".

C1. Cómo protegemos su PHI

Nos aseguramos de que ninguna persona no autorizada consulte o modifique sus registros.

A excepción de los casos que se indican a continuación, no entregamos su PHI a nadie que no sea su proveedor de atención ni participe del pago de la misma. Si lo hacemos, debemos obtener su autorización por escrito primero. Usted, o alguien legalmente autorizado para tomar decisiones por usted, puede otorgarnos el permiso por escrito.

A veces, no necesitamos su autorización previa por escrito. Estas excepciones están permitidas o requeridas por la ley.

- Debemos divulgar su PHI a agencias gubernamentales que supervisan la calidad de la atención de nuestro plan.



Si tiene alguna pregunta, llame a Neighborhood INTEGRITY for Duals al 1-844-812-6896 (TTY 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes (puede dejar un mensaje de voz los sábados, domingos y días festivos federales). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

- Debemos divulgar su PHI por orden judicial.
- Debemos proporcionar a Medicare su PHI, incluida información sobre sus medicamentos de la Parte D de Medicare. Si Medicare divulga su PHI para investigación u otros usos, lo hace de acuerdo con las leyes federales.
- Estamos obligados a reportar información médica anónima sobre el uso y los costos de la atención médica de los miembros a la Base de Datos de Reclamaciones de Todos los Pagadores (All-Payer Claims Database, APCD) de Rhode Island, HealthFacts RI. Nunca se divulga información personal, como su nombre, número de seguro social, dirección, fecha de nacimiento y número de identificación de miembro de Neighborhood INTEGRITY for Duals. Si prefiere que su información no se incluya, puede optar por no participar visitando el sitio web www.riapcd-optout.com. Si desea optar por no participar por teléfono, llame a la Línea de Atención al Consumidor de Seguros Médicos de RI (RI-REACH) al 1-855-747-3224.

C2. Su derecho a consultar su historial médico

- Usted tiene derecho a revisar su historial médico y a obtener una copia del mismo.
- Tiene derecho a solicitarnos que actualicemos o corrijamos su historial médico. Si nos lo solicita, colaboraremos con su profesional de la salud para decidir si es necesario realizar cambios.
- Usted tiene derecho a saber si compartimos su PHI con otros y de qué manera para cualquier propósito que no sea de rutina.

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

D. Nuestra responsabilidad de brindarle información

Como miembro de nuestro plan, usted tiene derecho a obtener información sobre nuestro plan, nuestros proveedores de red y sus servicios cubiertos.

Si no habla inglés, contamos con servicios de interpretación para responder a sus preguntas sobre nuestro plan. Para obtener un intérprete, llame a Servicios para Miembros. Este servicio es gratuito. Nuestro plan también puede enviarle el material español y portugués. Además, podemos brindarle información en letra grande, braille o audio.

Si desea información sobre alguno de los siguientes temas, llame a Servicios para Miembros:



Si tiene alguna pregunta, llame a Neighborhood INTEGRITY for Duals al 1-844-812-6896 (TTY 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes (puede dejar un mensaje de voz los sábados, domingos y días festivos federales). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

- Cómo elegir o cambiar de plan
- Nuestro plan, incluyendo:
 - información financiera
 - calificaciones de los miembros del plan
 - cantidad de apelaciones hechas por miembros
 - cómo abandonar nuestro plan
- Nuestros proveedores y farmacias de la red, que incluyen:
 - cómo elegir o cambiar de médico de atención primaria
 - certificaciones de nuestros proveedores y farmacias de la red
 - cómo pagamos a los proveedores de nuestra red
- Servicios y medicamentos cubiertos, que incluyen:
 - servicios (consulte los **Capítulos 3 y 4** de este *Manual del Miembro*) y medicamentos (consulte los **Capítulos 5 y 6** de este *Manual del Miembro*) cubiertos por nuestro plan
 - límites a su cobertura y medicamentos
 - normas que debe seguir para obtener los servicios y medicamentos cubiertos
- Por qué algo no está cubierto y qué puede hacer al respecto (consulte el **Capítulo 9** de este *Manual del Miembro*), lo que incluye solicitarnos que:
 - le expliquemos por escrito por qué algo no está cubierto
 - modifiquemos una decisión que hayamos tomado
 - paguemos una factura que haya recibido

E. Incapacidad de los proveedores de red para facturarle directamente

Los médicos, hospitales y otros proveedores de nuestra red no pueden obligarle a pagar por los servicios cubiertos. Tampoco pueden facturarle el saldo ni cobrarle si pagamos menos de lo que cobró el proveedor. Para saber qué hacer si un proveedor de la red intenta cobrarle por servicios cubiertos, consulte el **Capítulo 7** de este *Manual del Miembro*.



Si tiene alguna pregunta, llame a Neighborhood INTEGRITY for Duals al 1-844-812-6896 (TTY 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes (puede dejar un mensaje de voz los sábados, domingos y días festivos federales). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

F. Su derecho a dejar nuestro plan

Nadie puede obligarlo a permanecer en nuestro plan si no lo desea.

- Tiene derecho a recibir la mayoría de sus servicios de atención médica a través de Medicare Original u otro plan Medicare Advantage (MA).
- Puede obtener sus beneficios de medicamentos de la Parte D de Medicare a través de un plan de medicamentos o de otro plan MA.
- Consulte el **Capítulo 10** de este *Manual del Miembro*
 - Para obtener más información sobre cuándo puede unirse a un nuevo plan MA o de beneficios de medicamentos.
 - Para obtener información sobre cómo recibirá sus beneficios de Medicaid de Rhode Island si abandona nuestro plan.

G. Su derecho a tomar decisiones acerca de su atención médica

Usted tiene derecho a recibir información completa de sus médicos y otros proveedores de atención médica para ayudarlo a tomar decisiones sobre su atención médica.

G1. Su derecho a conocer sus opciones de tratamiento y a tomar decisiones

Sus proveedores deben explicar su condición y sus opciones de tratamiento en una forma que usted pueda entender. Tiene derecho a:

- **Conocer sus opciones.** Tiene derecho a que le informen sobre todas las opciones de tratamiento.
- **Conocer los riesgos.** Tiene derecho a ser informado sobre los riesgos. Debemos informarle con antelación si algún servicio o tratamiento forma parte de un experimento de investigación. Usted tiene derecho a rechazar tratamientos experimentales.
- **Conseguir una segunda opinión.** Tiene derecho a consultar con otro médico antes de decidirse por un tratamiento.
- **Decir no.** Tiene derecho a rechazar cualquier tratamiento. Esto incluye el derecho a abandonar un hospital u otro centro médico, incluso si su médico le aconseja no hacerlo. Tiene derecho a dejar de tomar un medicamento recetado. Si rechaza el tratamiento o deja de tomar un medicamento recetado, no lo daremos de baja de



Si tiene alguna pregunta, llame a Neighborhood INTEGRITY for Duals al 1-844-812-6896 (TTY 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes (puede dejar un mensaje de voz los sábados, domingos y días festivos federales). La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

nuestro plan. Sin embargo, si rechaza el tratamiento o deja de tomar un medicamento, usted acepta toda la responsabilidad por lo que le suceda.

- **Pedirnos que le expliquemos por qué un proveedor le negó la atención.** Tiene derecho a obtener una explicación de nuestra parte si un proveedor ha denegado la atención que usted considera que le corresponde.
- **Pedirnos que cubramos un servicio o medicamento que negamos o que normalmente no cubrimos.** Esto se conoce como decisión de cobertura. El **Capítulo 9** en este *Manual del Miembro* se explica cómo solicitarnos una decisión de cobertura.

G2. Su derecho a decir lo que desea que suceda si no puede tomar decisiones sobre su atención médica por sí mismo

A veces, las personas no pueden tomar decisiones sobre su atención médica ellos mismos. Antes de que esto le suceda, puede:

- Completar un formulario por escrito que **autorice a alguien a tomar decisiones sobre su atención médica** si alguna vez no puede hacerlo.
- **Proporcionar a sus médicos instrucciones escritas** sobre cómo manejar su atención médica si usted no puede tomar decisiones por sí mismo, incluida la atención que **no** desea.

El documento legal que utiliza para expresar sus instrucciones se llama "directiva anticipada". Existen diferentes tipos de directivas anticipadas y sus nombres varían. Algunos ejemplos son el testamento vital y el poder notarial para la atención médica.

No es obligatorio tener una directiva anticipada, pero puede hacerlo. Si desea usar una directiva anticipada, siga estos pasos:

- **Obtenga el formulario.** Puede obtenerlo de su médico, un abogado, un trabajador social, o algunas tiendas de artículos de oficina. Las farmacias y los consultorios médicos suelen tener los formularios. Puede encontrar un formulario gratuito en línea y descargarlo.
- **Complete el formulario y fírmelo.** El formulario es un documento legal. Considere pedirle a un abogado o a alguien de confianza, como un familiar o su médico de cabecera, que le ayude a completarlo.
- **Entregue copias del formulario a las personas que necesiten saberlo.** Entregue una copia a su médico. También debe entregar una copia a la persona que usted designe para que tome decisiones por usted si usted no puede hacerlo. Puede dar copias a sus amigos cercanos o familiares. Guarde una copia en casa.



Si tiene alguna pregunta, llame a Neighborhood INTEGRITY for Duals al 1-844-812-6896 (TTY 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes (puede dejar un mensaje de voz los sábados, domingos y días festivos federales). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

- Si va a ser hospitalizado y tiene una directiva anticipada firmada, **lleve una copia del mismo al hospital.**
 - El hospital le preguntará si tiene un documento de directiva anticipada firmado y si lo tiene consigo.
 - Si no tiene un formulario de directiva anticipada firmado, el hospital tiene formularios y le preguntará si desea firmar uno.

Tiene derecho a:

- Hacer que su directiva anticipada se incluya en su historial médico.
- Cambiar o cancelar su directiva anticipada en cualquier momento.

Por ley, nadie puede negarle atención médica ni discriminarlo por haber firmado o no una directiva anticipada. Llame a Servicios para Miembros para obtener más información.

G3. Qué hacer si no se siguen las instrucciones

Si firmó una directiva anticipada y cree que un médico o el hospital no siguió las instrucciones que contiene, puede presentar una queja ante el Departamento de Salud de Rhode Island llamando al 1-401-222-5960 (TTY 711) o por correo a:

Department of Health
3 Capitol Hill
Providence, RI 02908

H. Su derecho a presentar quejas y a pedirnos que reconsideremos nuestras decisiones

El **Capítulo 9** de este *Manual del Miembro* le explica qué puede hacer si tiene algún problema o inquietud sobre los servicios o la atención cubiertos. Por ejemplo, puede solicitarnos que tomemos una decisión de cobertura, presentar una apelación para modificar una decisión de cobertura o presentar una queja.

Tiene derecho a obtener información sobre las apelaciones y quejas que otros miembros del plan hayan presentado contra nosotros. Llame a Servicios para Miembros para obtener esta información.

H1. Qué hacer ante un trato injusto o para obtener más información sobre sus derechos



Si tiene alguna pregunta, llame a Neighborhood INTEGRITY for Duals al 1-844-812-6896 (TTY 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes (puede dejar un mensaje de voz los sábados, domingos y días festivos federales). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

Si cree que lo tratamos injustamente, y **no se** trata de discriminación por los motivos enumerados en el **Capítulo 11** de este *Manual del Miembro*, o si desea más información sobre sus derechos, puede llamar a:

- Servicios para Miembros.
- El Programa Estatal de Asistencia para el Seguro Médico (SHIP), proporcionado por la Oficina para el Envejecimiento Saludable, al 1-888-884-8721. Para más información sobre el SHIP, consulte el **Capítulo 2**.

Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. (También puede leer o descargar “Derechos y protecciones de Medicare”, que se encuentra en el sitio web de Medicare en <https://www.medicare.gov/publications/11534-medicare-rights-and-protections.pdf>.)

I. Sus responsabilidades como miembro del plan

Como miembro del plan, tiene la responsabilidad de cumplir con lo que se indica a continuación. Si tiene alguna pregunta, llame a Servicios para Miembros.

- **Leer este *Manual del Miembro*** para saber qué cubre nuestro plan y las reglas que debe seguir para obtener servicios y medicamentos cubiertos. Para obtener más información sobre:
 - Servicios cubiertos, consulte los **Capítulos 3 y 4** de este *Manual del Miembro*. Estos capítulos le explican lo que se cubre, qué no está cubierto, qué normas debe seguir, y qué debe pagar.
 - Medicamentos cubiertos, consulte los **Capítulos 5 y 6** de este *Manual del Miembro*.
- **Informarnos sobre cualquier otra cobertura médica o de medicamentos** que tenga. Debemos asegurarnos de que utilice todas sus opciones de cobertura al recibir atención médica. Llame a Servicios para Miembros si tiene otra cobertura.
- **Informarle a su doctor y a otros proveedores de atención** que es miembro de nuestro plan. Muestre su tarjeta de identificación de miembro cuando reciba servicios o medicamentos.
- **Ayudar a sus médicos** y a otros proveedores a brindarle la mejor atención.
 - Proporcióneles la información que necesitan sobre usted y su salud. Cuénteles todo lo que pueda sobre sus problemas de salud. Siga los planes de tratamiento y las instrucciones que usted y sus proveedores acuerden.



Si tiene alguna pregunta, llame a Neighborhood INTEGRITY for Duals al 1-844-812-6896 (TTY 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes (puede dejar un mensaje de voz los sábados, domingos y días festivos federales). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

- Asegúrese de que sus médicos y otros proveedores sepan todos los medicamentos que toma. Esto incluye medicamentos recetados, medicamentos de venta libre, vitaminas y suplementos.
- Pregunte sobre cualquier duda que tenga. Sus médicos y otros proveedores deben explicarle las cosas de manera que usted las entienda. Si hace una pregunta y no entiende la respuesta, vuelva a preguntar.
- **Ser considerado.** Esperamos que todos los miembros del plan respeten los derechos de los demás. También esperamos que actúe con respeto en el consultorio de su médico, en los hospitales y en los consultorios de otros proveedores.
- **Pagar lo que debe.** Como miembro del plan, es responsable de los siguientes pagos:
 - Primas de la Parte A y la Parte B de Medicare. Para la mayoría de los miembros de Neighborhood INTEGRITY for Duals, Medicaid paga la prima de Medicare Parte A y la prima de Medicare Parte B.
 - Para algunos medicamentos cubiertos por nuestro plan, deberá pagar su parte del costo al obtener el medicamento. Esto representará un copago. El **Capítulo 6** explica cuánto debe pagar por sus medicamentos.
 - **Si recibe algún servicio o medicamento que no está cubierto por nuestro plan, deberá pagar el costo total.** (Nota: Si no está de acuerdo con nuestra decisión de no cubrir un servicio o medicamento, puede presentar una apelación. Consulte el **Capítulo 9** para saber cómo presentar una apelación).
- **Avísenos si se muda.** Si planeas mudarse, infórmenos inmediatamente. Llame a Servicios para Miembros.
 - **Si se muda fuera de nuestra área de servicio, no puede permanecer en nuestro plan.** Solo las personas que viven en nuestra área de servicio pueden ser miembros de este plan. El **Capítulo 1** de este *Manual del Miembro* habla sobre nuestra área de servicio.
 - Podemos ayudarle a averiguar si se muda fuera de nuestra área de servicio. Durante un período especial de inscripción, puede cambiarse a Medicare Original o inscribirse en un plan de salud o de medicamentos de Medicare en su nueva ubicación. Podemos informarle si tenemos un plan allí.
 - Informe a Medicare y a Medicaid de Rhode Island su nueva dirección cuando se mude. Consulte el Capítulo 2 de este Manual del Miembro para obtener los números de teléfono de Medicare y Medicaid de Rhode Island. Consulte el **Capítulo 2** de este *Manual del Miembro* para obtener los números de teléfono de Medicare y Medicaid



Si tiene alguna pregunta, llame a Neighborhood INTEGRITY for Duals al 1-844-812-6896 (TTY 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes (puede dejar un mensaje de voz los sábados, domingos y días festivos federales). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

de Rhode Island.

- **Si se muda y permanece dentro de nuestra área de servicio, aún necesitamos saberlo.** Necesitamos mantener actualizado su registro de membresía y saber cómo comunicarnos con usted.
- **Si se muda, informe al Seguro Social (o a la Railroad Retirement Board).**
- **Llame a Servicios para Miembros para obtener ayuda si tiene preguntas o inquietudes.**



Si tiene alguna pregunta, llame a Neighborhood INTEGRITY for Duals al 1-844-812-6896 (TTY 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes (puede dejar un mensaje de voz los sábados, domingos y días festivos federales). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

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

Introducción

Este capítulo tiene información acerca de sus derechos. Lea este capítulo para saber qué hacer si:

- Tiene un problema o queja acerca de su plan.
- Necesita un servicio, artículo o medicamento que su plan indica que no cubrirá.
- No está de acuerdo con una decisión que su plan tomó sobre su atención médica.
- Cree que sus servicios cubiertos se acaban demasiado pronto.

Este capítulo se divide en diferentes secciones para ayudarle a encontrar fácilmente lo que busca.

Si tiene algún problema o inquietud, lea las secciones de este capítulo que se apliquen a su situación.



Si tiene alguna pregunta, llame a Neighborhood INTEGRITY for Duals al 1-844-812-6896 (TTY 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes (puede dejar un mensaje de voz los sábados, domingos y días festivos federales). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

Tabla de contenido

A.	Qué hacer si tiene un problema o inquietud	172
	A1. Sobre los términos legales	172
B.	Dónde obtener ayuda	172
	B1. Para más información y ayuda	172
C.	Comprender las quejas y apelaciones de Medicare y Medicaid de Rhode Island en nuestro plan	173
D.	Problemas con sus beneficios.....	174
E.	Decisiones de cobertura y apelaciones.....	174
	E1. Decisiones de cobertura	174
	E2. Apelaciones.....	175
	E3. Ayuda con decisiones de cobertura y apelaciones	175
	E4. ¿Qué sección de este capítulo puede ayudarle?.....	176
F.	Atención médica	177
	F1. Uso de esta sección.....	177
	F2. Solicitar una decisión de cobertura	178
	F3. Presentar una apelación de nivel 1	180
	F4. Presentar una apelación de nivel 2	184
	F5. Problemas con los pagos.....	189
G.	Medicamentos de la Parte D de Medicare	190
	G1. Decisiones y apelaciones sobre la cobertura de la Parte D de Medicare.....	190
	G2. Excepciones de la Parte D de Medicare.....	192
	G3. Aspectos importantes a tener en cuenta al solicitar una excepción	193
	G4. Solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción.....	194
	G5. Presentar una apelación de nivel 1.....	196



Si tiene alguna pregunta, llame a Neighborhood INTEGRITY for Duals al 1-844-812-6896 (TTY 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes (puede dejar un mensaje de voz los sábados, domingos y días festivos federales). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

	G6. Presentar una apelación de nivel 2.....	199
H.	Solicitud de cobertura para una estancia prolongada en el hospital.....	200
	H1. Conocer sus derechos de Medicare	201
	H2. Presentar una apelación de nivel 1	202
	H3. Presentar una apelación de nivel 2	204
I.	Solicitar que continuemos cubriendo ciertos servicios médicos.....	204
	I1. Aviso previo antes de que finalice su cobertura	205
	I2. Presentar una apelación de nivel 1	205
	I3. Presentar una apelación de nivel 2	207
J.	Cómo llevar su apelación más allá del Nivel 2	208
	J1. Próximos pasos para los servicios y artículos de Medicare	208
	J2. Apelaciones adicionales de Medicaid de Rhode Island	209
	J3. Niveles de apelación 3, 4 y 5 para solicitudes de medicamentos de la Parte D de Medicare	209
K.	Cómo presentar una queja.....	211
	K1. ¿Qué tipos de problemas deberían ser objeto de queja?.....	211
	K2. Quejas internas.....	213
	K3. Quejas externas.....	214



Si tiene alguna pregunta, llame a Neighborhood INTEGRITY for Duals al 1-844-812-6896 (TTY 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes (puede dejar un mensaje de voz los sábados, domingos y días festivos federales). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

A. Qué hacer si tiene un problema o inquietud

Este capítulo explica cómo gestionar sus problemas e inquietudes. El proceso que utilice dependerá del tipo de problema que tenga. Utilice un proceso para **decisiones de cobertura y apelaciones**, y otro para **presentar quejas** (también llamadas reclamos).

Para garantizar la imparcialidad y la rapidez, cada proceso tiene un conjunto de reglas, procedimientos y plazos que nosotros y usted debemos seguir.

A1. Sobre los términos legales

En este capítulo se incluyen términos legales para algunas normas y plazos. Muchos de estos términos pueden ser difíciles de entender, por lo que, siempre que sea posible, utilizamos términos más sencillos en lugar de ciertos términos legales. Empleamos la menor cantidad posible de abreviaturas.

Por ejemplo, decimos:

- "Hacer una queja" en lugar de "presentar una reclamación"
- "Decisión de cobertura" en lugar de "determinación de la organización", "determinación de beneficios", "determinación de riesgo" o "determinación de cobertura"
- "Decisión de cobertura rápida" en lugar de "Determinación acelerada"
- "Organización de Revisión Independiente" (Independent Review Organization, IRO) en lugar de "Entidad de Revisión Independiente" (Independent Review Entity, IRE)

Entender los términos legales puede ayudarle a comunicarse con mayor claridad, por eso también los incluimos en este capítulo.

B. Dónde obtener ayuda

B1. Para más información y ayuda

A veces es confuso a empezar o seguir el proceso para resolver un problema, especialmente si no se siente bien o tiene poca energía. En otras ocasiones, puede que no tenga la información necesaria para dar el siguiente paso.

Ayuda del Programa Estatal de Asistencia de Seguro Médico

Puede llamar al Programa Estatal de Asistencia de Seguro Médico (State Health Insurance Assistance Program, SHIP). Los asesores de SHIP pueden responder a sus preguntas y ayudarle a entender qué hacer con su problema. SHIP no tiene relación con nosotros ni con ninguna compañía de seguros ni plan de salud. SHIP cuenta con asesores capacitados en cada condado y los servicios son gratuitos. El número de teléfono de SHIP es 1-888-884-8721 (TTY 1-401-462-0740).



Si tiene alguna pregunta, llame a Neighborhood INTEGRITY for Duals al 1-844-812-6896 (TTY 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes (puede dejar un mensaje de voz los sábados, domingos y días festivos federales). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

Ayuda e información de Medicare

Para obtener más información y ayuda, puede contactar a Medicare. Aquí tiene dos maneras de hacerlo:

- Llamar 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al: 1-877-486-2048.
- Visitar el sitio web de Medicare (www.medicare.gov).

Ayuda e información de Medicaid de Rhode Island

Para obtener más información y ayuda, puede comunicarse con Medicaid de Rhode Island. Para obtener ayuda con Medicaid, comuníquese con la Línea de Información del Departamento de Servicios Humanos (Department of Human Services, DHS) de Rhode Island al 1-855-697-4347 (TTY 711) y con los Servicios y Apoyos a Largo Plazo (Long-Term Services and Supports, LTSS) del DHS al 1-401-574-9915.

Ayuda de la Organización para la Mejora de la Calidad (Quality Improvement Organization, QIO) de Rhode Island

Rhode Island cuenta con una organización llamada Acentra Health. Esta organización está compuesta por médicos y otros profesionales de la salud que ayudan a mejorar la calidad de la atención médica para las personas con Medicare. Acentra Health no está vinculada con Neighborhood INTEGRITY for Duals. Llame al 1-888-319-8452, de 9:00 a. m. a 5:00 p. m., de lunes a viernes; de 10:00 a. m. a 4:00 p. m. los sábados, domingos y festivos. El buzón de voz está disponible las 24 horas. Los usuarios de TTY deben llamar al 711. O bien, puede visitar el sitio web de Acentra Health en www.acentraqio.com/.

C. Comprender las quejas y apelaciones de Medicare y Medicaid de Rhode Island en nuestro plan

Usted tiene Medicare y Medicaid de Rhode Island. La información de este capítulo se aplica a **todos** sus beneficios de Medicare y Medicaid de Rhode Island. Esto a veces se denomina "proceso integrado" porque combina o integra los procesos de Medicare y Medicaid de Rhode Island.

A veces, los procesos de Medicare y Medicaid de Rhode Island no se pueden combinar. En esos casos, se utiliza un proceso para un beneficio de Medicare y otro para un beneficio de Medicaid de Rhode Island. La **Sección F4** explica estas situaciones.



Si tiene alguna pregunta, llame a Neighborhood INTEGRITY for Duals al 1-844-812-6896 (TTY 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes (puede dejar un mensaje de voz los sábados, domingos y días festivos federales). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpi.org/INTEGRITYDuals.

D. Problemas con sus beneficios

Si tiene algún problema o inquietud, lea las secciones de este capítulo que correspondan a su situación. El siguiente cuadro le ayudará a encontrar la sección correcta de este capítulo para gestionar sus problemas o quejas.

¿Su problema o inquietud es sobre sus beneficios o cobertura?	
Esto incluye problemas sobre si determinados cuidados médicos (artículos médicos, servicios y/o medicamentos de la Parte B) están cubiertos o no, la forma en que están cubiertos y problemas sobre el pago de la atención médica.	
<p>Sí.</p> <p>Mi problema es sobre beneficios o cobertura.</p> <p>Consulte la Sección E, “Decisiones de cobertura y apelaciones”.</p>	<p>No.</p> <p>Mi problema no es sobre beneficios ni cobertura.</p> <p>Consulte la Sección K, “Cómo presentar una queja”.</p>

E. Decisiones de cobertura y apelaciones

El proceso para solicitar una decisión de cobertura y presentar una apelación aborda problemas relacionados con sus beneficios y la cobertura de su atención médica (servicios, artículos y medicamentos de la Parte B, incluido el pago). Para simplificar, generalmente nos referimos a los artículos, servicios y medicamentos de la Parte B como la **atención médica**.

E1. Decisiones de cobertura

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos sobre sus beneficios y cobertura, o sobre el monto que pagamos por sus servicios médicos o medicamentos. Por ejemplo, si su proveedor de la red lo deriva a un especialista médico fuera de la red, esta derivación se considera una decisión favorable, a menos que su proveedor de la red pueda demostrar que recibió una notificación estándar de denegación para este especialista médico o que el servicio derivado nunca estuvo cubierto bajo ninguna circunstancia (consulte el **Capítulo 4, Sección H** de este *Manual del Miembro*).

Usted o su médico también pueden contactarnos y solicitar una decisión de cobertura. Es posible que usted o su médico no estén seguros de si cubrimos un servicio médico específico o de si podemos negarnos a brindarle la atención médica que considera necesaria. **Si desea saber si cubriremos un servicio médico antes de recibirlo, puede solicitarnos que tomemos una decisión de cobertura por usted.**

Tomamos una decisión de cobertura cada vez que determinamos qué está cubierto para usted y cuánto pagamos. En algunos casos, podemos decidir que un servicio o medicamento no está cubierto o que ya no está cubierto por Medicare o Medicaid de Rhode Island. Si no está de acuerdo con esta decisión de cobertura, puede presentar una apelación.



Si tiene alguna pregunta, llame a Neighborhood INTEGRITY for Duals al 1-844-812-6896 (TTY 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes (puede dejar un mensaje de voz los sábados, domingos y días festivos federales). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

E2. Apelaciones

Si tomamos una decisión de cobertura y no está satisfecho con ella, puede apelar. Una apelación es una forma formal de solicitarnos que revisemos y modifiquemos una decisión de cobertura que tomamos.

Cuando apela una decisión por primera vez, se denomina Apelación de Nivel 1. En esta apelación, revisamos la decisión de cobertura que tomamos para verificar si cumplimos con todas las normas correctamente. Su apelación es gestionada por revisores distintos a los que tomaron la decisión desfavorable original.

Cuando completamos la revisión, damos nuestra decisión. En ciertas circunstancias, que se explican más adelante en este capítulo, puede solicitar una decisión de cobertura acelerada o una apelación rápida.

Si **rechazamos** total o parcialmente su solicitud, le enviaremos una carta. Si su problema está relacionado con la cobertura de atención médica de Medicare, la carta le informará que enviamos su caso a la Organización de Revisión Independiente (IRO) para una Apelación de Nivel 2. Si su problema está relacionado con la cobertura de un servicio o artículo de la Parte D de Medicare o Medicaid, la carta le indicará cómo presentar una Apelación de Nivel 2 usted mismo. Consulte la **Sección F4** para obtener más información sobre las Apelaciones de Nivel 2. Si su problema está relacionado con la cobertura de un servicio o artículo cubierto tanto por Medicare como por Medicaid, la carta le brindará información sobre ambos tipos de Apelaciones de Nivel 2.

Si no está satisfecho con la decisión de la Apelación de Nivel 2, es posible que pueda pasar por niveles de apelación adicionales.

E3. Ayuda con decisiones de cobertura y apelaciones

Puede solicitar ayuda a cualquiera de los siguientes:

- **Servicios para Miembros** en los números que aparecen al final de la página.
- **Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP)** al 1-888-884-8721 (TTY 711)
- Llamar a **The POINT** para obtener ayuda gratuita. The POINT es una organización independiente. No está vinculada a este plan. El número de teléfono es 1-401-462-4444 (TTY 711).
- **Su médico u otro proveedor.** Su médico u otro proveedor pueden solicitar una decisión de cobertura o una apelación en su nombre.
- **Un amigo o familiar.** Puede nombrar a otra persona para que actúe como su "representante" y solicite una decisión de cobertura o presente una apelación.



Si tiene alguna pregunta, llame a Neighborhood INTEGRITY for Duals al 1-844-812-6896 (TTY 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes (puede dejar un mensaje de voz los sábados, domingos y días festivos federales). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

- **Un abogado.** Tiene derecho a un abogado, pero **no está obligado a tenerlo** para solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.
 - Llame a su propio abogado o consiga el nombre de uno en el colegio de abogados local u otro servicio de referencia. Algunos grupos legales le brindarán servicios legales gratuitos si cumple los requisitos.

Complete el formulario de Designación de Representante si desea que un abogado u otra persona actúe como su representante. Este formulario autoriza a alguien a actuar en su nombre.

Llame a Servicios para Miembros a los números que aparecen al final de la página y solicite el formulario de "Designación de Representante". También puede obtenerlo visitando www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf o en nuestro sitio web en www.nhpri.org/INTEGRITYDuals. **Debe entregarnos una copia del formulario firmado.**

E4. ¿Qué sección de este capítulo puede ayudarle?

Existen cuatro situaciones que implican decisiones de cobertura y apelaciones. Cada situación tiene diferentes reglas y plazos. Proporcionamos detalles sobre cada una en una sección aparte de este capítulo. Consulte la sección correspondiente:

- **Sección F**, "Atención médica". Por ejemplo, utilice esta sección si:
 - No está recibiendo la atención médica que desea y cree que nuestro plan la cubre.
 - No aprobamos la atención médica que su proveedor desea brindarle y usted cree que esta atención debería estar cubierta.
 - Usted recibe atención médica que cree que debería estar cubierta, pero no estamos pagando por esa atención.
 - Le indican que la cobertura de la atención médica que ha estado recibiendo se reducirá o suspenderá, y usted no está de acuerdo con nuestra decisión.
- **Sección G**, "Medicamentos de la Parte D de Medicare". Por ejemplo, utilice esta sección si:
 - Desea solicitarnos que hagamos una excepción para cubrir un medicamento de la Parte D que no está en nuestra Lista de Medicamentos.
 - Quiere solicitarnos que eliminemos los límites en la cantidad de medicamento que recibe.
 - Desea solicitarnos que cubramos un medicamento que requiere aprobación de autorización previa (PA).



Si tiene alguna pregunta, llame a Neighborhood INTEGRITY for Duals al 1-844-812-6896 (TTY 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes (puede dejar un mensaje de voz los sábados, domingos y días festivos federales). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

- No aprobamos su solicitud o excepción, y usted, su médico u otro médico que le receta medicamentos creen que deberíamos haberlo hecho.
- **Sección H**, “Solicitar que cubramos una hospitalización más prolongada”. Use esta sección si está hospitalizado y cree que el proveedor le pidió que se fuera demasiado pronto.
- **Sección I**, “Cómo solicitarnos que continuemos cubriendo ciertos servicios médicos” (Esta sección solo se aplica a estos servicios: atención médica domiciliaria, atención en un centro de enfermería especializada y servicios de un centro de rehabilitación ambulatoria integral [CORF]).

Si no está seguro de qué sección utilizar, llame a Servicios para Miembros a los números que aparecen en la parte inferior de la página.

F. Atención médica

Esta sección explica qué hacer si tiene problemas para obtener cobertura para atención médica o si desea que le reembolsemos el costo de su atención.

Esta sección trata sobre sus beneficios de atención médica, descritos en el **Capítulo 4** de este *Manual del Miembro*, en el Cuadro de beneficios. En algunos casos, pueden aplicarse normas diferentes a los medicamentos de la Parte B de Medicare. En ese caso, explicamos cómo difieren las normas para los medicamentos de la Parte B de Medicare de las normas para los servicios y artículos médicos.

F 1. Uso de esta sección

Esta sección explica qué puede hacer en cualquiera de las siguientes cinco situaciones:

1. Cree que nuestra cobertura cubre la atención médica que necesita, pero que no está recibiendo.

Qué puede hacer usted: puede solicitar una decisión de cobertura. Consulte la **Sección F2**.

2. No aprobamos la atención médica que su médico u otro profesional de la salud desea brindarle, y usted cree que deberíamos hacerlo.

Qué puede hacer usted: puede apelar nuestra decisión. Consulte la **Sección F3**.

3. Recibió atención médica que cree que nuestra cobertura incluye, pero no la pagaremos.

Qué puede hacer usted: puede apelar nuestra decisión de no pagar. Consulte la **Sección F5**.

4. Recibió y pagó atención médica que creía que nuestra cobertura incluía, y desea que le reembolsemos el costo

Qué puede hacer usted: puede pedirnos un reembolso. Consulte la **Sección F5**.

5. Redujimos o interrumpimos su cobertura para cierta atención médica, y usted cree que nuestra



Si tiene alguna pregunta, llame a Neighborhood INTEGRITY for Duals al 1-844-812-6896 (TTY 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes (puede dejar un mensaje de voz los sábados, domingos y días festivos federales). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

decisión podría perjudicar su salud.

Qué puede hacer usted: puede apelar nuestra decisión de reducir o interrumpir la atención médica. Consulte la **Sección F4**.

- Si la cobertura es para atención hospitalaria, atención médica domiciliaria, atención en un centro de enfermería especializada o servicios CORF, se aplican normas especiales. Consulte la **Sección H** o la **Sección I** para obtener más información.
- Para todas las demás situaciones que impliquen reducir o suspender su cobertura para cierta atención médica, utilice esta sección (**Sección F**) como guía.

F2. Solicitar una decisión de cobertura

Cuando una decisión de cobertura involucra su atención médica, se denomina **determinación de organización integrada**.

Usted, su médico o su representante pueden solicitarnos una decisión de cobertura de la siguiente forma:

- Teléfono: 1-844-812-6896, TTY: 711
- Fax: 1-401-459-6023
- Correo: Neighborhood Health Plan of Rhode Island
Attention: Utilization Management
910 Douglas Pike
Smithfield, RI 02917

Decisión de cobertura estándar

Al comunicarle nuestra decisión, utilizamos los plazos "estándar", a menos que aceptemos utilizar los plazos "rápidos". Una decisión de cobertura estándar significa que le daremos una respuesta en:

- **7 días calendario** después de que recibamos su solicitud **de un servicio o artículo médico que esté sujeto a nuestras reglas de autorización previa**.
- **14 días calendario** después de que recibamos su solicitud **para todos los demás servicios o artículos médicos**.
- **72 horas** después de que recibamos su solicitud **de un medicamento de la Parte B de Medicare**.

Para un artículo o servicio médico, podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales



Si tiene alguna pregunta, llame a Neighborhood INTEGRITY for Duals al 1-844-812-6896 (TTY 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes (puede dejar un mensaje de voz los sábados, domingos y días festivos federales). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpr.org/INTEGRITYDuals.

si solicita más tiempo o si necesitamos más información que pueda beneficiarle (como historiales médicos de proveedores fuera de la red). Si tardamos más días en tomar la decisión, se lo notificaremos por escrito. **No podemos tomarnos días adicionales si su solicitud es para un medicamento de la Parte B de Medicare.**

Si considera que **no deberíamos** tomar días adicionales, puede presentar una "queja rápida" sobre nuestra decisión de tomar días adicionales. Al presentar una queja rápida, le daremos una respuesta en un plazo de 24 horas. El proceso para presentar una queja es diferente al de las decisiones de cobertura y las apelaciones. Para obtener más información sobre cómo presentar una queja, incluida una queja rápida, consulte la **Sección K**.

Decisión de cobertura rápida

El término legal para una decisión de cobertura rápida es **determinación acelerada**.

Cuando nos solicite una decisión de cobertura sobre su atención médica y su salud requiera una respuesta rápida, solicítenos una "decisión de cobertura rápida". Una decisión de cobertura rápida significa que le daremos una respuesta en:

- **72 horas** después de que recibamos su solicitud **de un servicio o artículo médico**.
- **24 horas** después de que recibamos su solicitud **de un medicamento de la Parte B de Medicare**

Para un artículo o servicio médico, podemos tardar hasta 14 días calendario adicionales si encontramos que falta información que podría beneficiarle (como historiales médicos de proveedores fuera de la red) o si necesita tiempo para obtener información para la revisión. Si tardamos más días en tomar la decisión, se lo notificaremos por escrito. **No podemos tomarnos más tiempo si su solicitud es para un medicamento de la Parte B de Medicare.**

Si considera que **no deberíamos** demorarnos más días para tomar la decisión sobre la cobertura, puede presentar una "queja rápida" sobre nuestra decisión. Para obtener más información sobre cómo presentar una queja, incluida una queja rápida, consulte la **Sección K**. Le llamaremos en cuanto tomemos la decisión.

Para obtener una decisión de cobertura rápida, debe cumplir dos requisitos:

- Solicita cobertura para artículos o servicios médicos que **no recibió**. No puede solicitar una decisión de cobertura rápida sobre el pago de artículos o servicios que ya recibió.
- El seguimiento de plazos estándar **podría causar daños graves a su salud** o perjudicar su capacidad para funcionar.

Le otorgamos automáticamente una decisión rápida de cobertura si su médico nos indica que su salud lo requiere. Si la solicita sin el apoyo de su médico, nosotros decidimos si recibe una decisión rápida de cobertura.



Si tiene alguna pregunta, llame a Neighborhood INTEGRITY for Duals al 1-844-812-6896 (TTY 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes (puede dejar un mensaje de voz los sábados, domingos y días festivos federales). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

- Si decidimos que su salud no cumple con los requisitos para una decisión rápida de cobertura, le enviaremos una carta informándole al respecto y utilizaremos los plazos estándar. La carta le indicará que:
 - Le brindamos automáticamente una decisión de cobertura rápida si su médico la solicita.
 - Cómo presentar una queja rápida sobre nuestra decisión de otorgarle una decisión de cobertura estándar en lugar de una rápida. Para obtener más información sobre cómo presentar una queja, incluida una rápida, consulte la **Sección K**.

Si rechazamos una parte o la totalidad de su solicitud, le enviaremos una carta explicando los motivos.

- Si decimos que **no**, tiene derecho a apelar. Si cree que cometimos un error, apelar es una forma formal de solicitarnos que revisemos nuestra decisión y la modifiquemos.
- Si decide presentar una apelación, pasará al Nivel 1 del proceso de apelaciones (consulte la **Sección F3**).

En circunstancias limitadas, podríamos rechazar su solicitud de decisión de cobertura, lo que significa que no la revisaremos. Algunos ejemplos de cuándo se rechazará una solicitud incluyen:

- Si la solicitud está incompleta,
- Si alguien hace la solicitud en su nombre pero no está legalmente autorizado para hacerlo, o
- Si solicita que se retire su solicitud.

Si rechazamos una solicitud de decisión de cobertura, le enviaremos una notificación explicando el motivo de la desestimación y cómo solicitar una revisión. Esta revisión se denomina apelación. Las apelaciones se tratan en la siguiente sección.

F3. Presentar una apelación de nivel 1

Para iniciar una apelación, usted, su médico o su representante deben comunicarse con nosotros. Llámenos al 1-844-812-6896.

Solicite una apelación estándar o una apelación rápida por escrito o llamándonos al 1-844-812-6896.

- Si su médico u otro médico que le receta medicamentos le solicita continuar con un servicio o artículo que ya está recibiendo durante su apelación, es posible que deba nombrarlos como su representante para que actúen en su nombre.
- Si otra persona que no sea su médico presenta la apelación en su nombre, incluya un formulario de Designación de Representante que autorice a esta persona a representarlo.



Si tiene alguna pregunta, llame a Neighborhood INTEGRITY for Duals al 1-844-812-6896 (TTY 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes (puede dejar un mensaje de voz los sábados, domingos y días festivos federales). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

Puede obtener el formulario en www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf

- Podemos aceptar una solicitud de apelación sin el formulario, pero no podremos comenzar ni completar nuestra revisión hasta que lo recibamos. Si no recibimos el formulario antes de la fecha límite para tomar una decisión sobre su apelación:
 - Desestimamos su solicitud y
 - Le enviaremos un aviso por escrito explicando su derecho a solicitar a la IRO que revise nuestra decisión de desestimar su apelación.
- Debe solicitar una apelación **dentro de los 65 días calendario** a partir de la fecha de la carta que le enviamos para comunicarle nuestra decisión.
- Si no cumple con la fecha límite y tiene una razón justificada para no hacerlo, podríamos darle más tiempo para presentar su apelación. Por ejemplo, si tuvo una enfermedad grave o si le dimos información incorrecta sobre la fecha límite, explique el motivo de la demora al presentar su apelación.
- Tiene derecho a solicitarnos una copia gratuita de la información sobre su apelación. Usted y su médico también pueden proporcionarnos más información para respaldar su apelación.

Si su salud lo requiere, solicite una apelación rápida.

El término legal para “apelación rápida” es “**reconsideración acelerada**”.

- Si apela una decisión que tomamos sobre la cobertura de la atención, usted y/o su médico deciden si necesita una apelación rápida.

Le otorgamos automáticamente una apelación rápida si su médico nos indica que su salud lo requiere. Si la solicita sin el apoyo de su médico, nosotros decidimos si se le otorga una apelación rápida.

- Si decidimos que su salud no cumple con los requisitos para una apelación rápida, le enviaremos una carta informándole al respecto y utilizaremos los plazos estándar. La carta le indicará que:
 - Le daremos automáticamente una apelación rápida si su médico la solicita.
 - Cómo presentar una queja rápida sobre nuestra decisión de otorgarle una apelación estándar en lugar de una rápida. Para obtener más información sobre cómo presentar una queja, incluida una rápida, consulte la **Sección K**.



Si tiene alguna pregunta, llame a Neighborhood INTEGRITY for Duals al 1-844-812-6896 (TTY 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes (puede dejar un mensaje de voz los sábados, domingos y días festivos federales). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

Si le informamos que suspendaremos o reduciremos los servicios o artículos que ya recibe, es posible que pueda continuar recibiendo esos servicios o artículos durante su apelación.

- Si decidimos cambiar o suspender la cobertura de un servicio o artículo que usted recibe, le enviaremos un aviso antes de tomar medidas.
- Si no está de acuerdo con nuestra decisión, puede presentar una Apelación de Nivel 1.
- Continuaremos cubriendo el servicio o artículo si solicita una Apelación de Nivel 1 dentro de los 10 días calendario a partir de la fecha de nuestra carta o antes de la fecha de vigencia prevista de la acción, lo que ocurra más tarde.
 - Si cumple con este plazo, recibirá el servicio o artículo sin cambios mientras su apelación de Nivel 1 esté pendiente.
 - También recibirá todos los demás servicios o artículos (que no sean objeto de su apelación) sin cambios.
 - Si no apela antes de estas fechas, su servicio o artículo no se continuará mientras espera la decisión de su apelación.

Consideramos su apelación y le damos nuestra respuesta.

- Cuando revisamos su apelación, analizamos nuevamente con atención toda la información sobre su solicitud de cobertura de atención médica.
- Comprobamos si seguimos todas las reglas cuando **rechazamos** su solicitud.
- Recopilamos más información si la necesitamos. Podríamos contactarle a usted o a su médico para obtener más información.

Existen plazos para una apelación rápida.

- Cuando utilizamos los plazos rápidos, debemos darle una respuesta **dentro de las 72 horas siguientes a la recepción de su apelación**. Le daremos una respuesta antes si su salud lo requiere.
- Si solicita más tiempo o si necesitamos más información que pueda beneficiarlo, **podemos tomar hasta 14 días calendario más** si su solicitud es para un artículo o servicio médico.
 - Si necesitamos días adicionales para tomar la decisión, se lo informaremos por escrito.
 - Si su solicitud es para un medicamento de la Parte B de Medicare, no podemos tomarnos más tiempo para tomar la decisión.
 - Si no le damos una respuesta en 72 horas o al final de los días adicionales que nos tomamos, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones. Una IRO



Si tiene alguna pregunta, llame a Neighborhood INTEGRITY for Duals al 1-844-812-6896 (TTY 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes (puede dejar un mensaje de voz los sábados, domingos y días festivos federales). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

la revisará. Más adelante en este capítulo, le informaremos sobre esta organización y explicaremos el proceso de apelaciones de Nivel 2. Si su problema está relacionado con la cobertura de un servicio o artículo de Medicaid, puede presentar una apelación de Nivel 2 ante la Oficina de Audiencias Imparciales del Estado de la Oficina Ejecutiva de Salud y Servicios Humanos (Executive Office of Health and Human Services, EOHHS) tan pronto como se venza el plazo.

- **Si aceptamos parte o la totalidad de su solicitud**, debemos autorizar o proporcionar la cobertura que acordamos brindar dentro de las 72 horas posteriores a que recibamos su apelación.
- **Si rechazamos parte o la totalidad de su solicitud**, enviaremos su apelación a la IRO para una Apelación de Nivel 2.

Existen plazos para presentar una apelación estándar.

- Cuando utilizamos los plazos estándar, debemos darle nuestra respuesta **dentro de los 30 días calendario** posteriores a que recibamos su apelación de cobertura por servicios que no recibió.
- Si su solicitud es para un medicamento de la Parte B de Medicare que no recibió, le daremos nuestra respuesta **dentro de los 7 días calendario** posteriores a que recibamos su apelación o antes si su salud lo requiere.
- Si solicita más tiempo o si necesitamos más información que pueda beneficiarlo, **podemos tomar hasta 14 días calendario más** si su solicitud es para un artículo o servicio médico.
 - Si necesitamos días adicionales para tomar la decisión, se lo informaremos por escrito.
 - Si su solicitud es para un medicamento de la Parte B de Medicare, no podemos tomarnos más tiempo para tomar la decisión.
 - Si considera que **no deberíamos** demorarnos más, puede presentar una queja rápida sobre nuestra decisión. Al presentar una queja rápida, le daremos una respuesta en un plazo de 24 horas. Para obtener más información sobre cómo presentar quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la **Sección K**.
 - Si no le damos una respuesta antes de la fecha límite O, al finalizar los días adicionales que nos tomamos, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones. Una Organización de Revisión Independiente (IRO) la revisa. Más adelante en este capítulo, le informaremos sobre esta organización y explicaremos el proceso de apelaciones de Nivel 2. Si su problema se relaciona con la cobertura de un servicio o artículo de Medicaid, puede presentar una Audiencia Imparcial de Nivel 2



Si tiene alguna pregunta, llame a Neighborhood INTEGRITY for Duals al 1-844-812-6896 (TTY 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes (puede dejar un mensaje de voz los sábados, domingos y días festivos federales). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

ante el estado usted mismo tan pronto como se venza el plazo. En Rhode Island, una Audiencia Imparcial se denomina Audiencia Imparcial Estatal.

Si aceptamos parte o la totalidad de su solicitud, debemos autorizar o brindar la cobertura que acordamos brindar dentro de los 30 días calendario, o **dentro de los 7 días calendario** si su solicitud es para un medicamento de Medicare Parte B, después de que recibamos su apelación.

Si **rechazamos** parte o la totalidad de su solicitud, **usted tiene derechos de apelación adicionales**:

- Si **rechazamos** parte o todo lo que usted pidió, le enviaremos una carta.
- Si su problema está relacionado con la cobertura de un servicio o artículo de Medicare, la carta le informa que enviamos su caso a la IRO para una Apelación de Nivel 2.
- Si su problema está relacionado con la cobertura de un servicio o artículo de Medicaid de Rhode Island, la carta le indica cómo presentar una Apelación de Nivel 2 usted mismo.

F4. Presentar una apelación de nivel 2

Si rechazamos **total** o parcialmente su apelación de Nivel 1, le enviaremos una carta. Esta carta le indicará si Medicare, Medicaid de Rhode Island o ambos programas suelen cubrir el servicio o artículo.

- Si su problema está relacionado con un servicio o artículo que Medicare normalmente cubre, enviaremos automáticamente su caso al Nivel 2 del proceso de apelaciones tan pronto como se complete la Apelación de Nivel 1.
- Si su problema se relaciona con un servicio o artículo que Medicaid de Rhode Island suele cubrir, puede presentar una Apelación de Nivel 2 usted mismo. La carta le indica cómo hacerlo. También incluimos más información más adelante en este capítulo.
- Si su problema se relaciona con un servicio o artículo que **tanto Medicare como Medicaid de Rhode Island** podrían cubrir, automáticamente recibirá una Apelación de Nivel 2 ante la IRO. También puede solicitar una Audiencia Imparcial ante el estado.

Si calificó para la continuación de los beneficios cuando presentó su Apelación de Nivel 1, sus beneficios por el servicio, artículo o medicamento bajo apelación también pueden continuar durante el Nivel 2. Consulte la **Sección F3** para obtener información sobre cómo continuar sus beneficios durante las Apelaciones de Nivel 1.

- Si su problema está relacionado con un servicio que normalmente solo cubre Medicare, sus beneficios por ese servicio no continúan durante el proceso de apelaciones de Nivel 2 con la IRO.



Si tiene alguna pregunta, llame a Neighborhood INTEGRITY for Duals al 1-844-812-6896 (TTY 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes (puede dejar un mensaje de voz los sábados, domingos y días festivos federales). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpi.org/INTEGRITYDuals.

- Si su problema está relacionado con un servicio que normalmente solo cubre Medicaid de Rhode Island, sus beneficios para ese servicio continúan si presenta una Apelación de Nivel 2 dentro de los 10 días calendario posteriores a la recepción de nuestra carta de decisión.

Quando su problema es sobre un servicio o artículo que Medicare generalmente cubre

La IRO revisa su apelación. Es una organización independiente contratada por Medicare.

El nombre formal de la Organización de Revisión Independiente (IRO) es **Entidad de Revisión Independiente**, a veces llamada **IRE**.

- Esta organización no tiene relación con nosotros ni es una agencia gubernamental. Medicare eligió a la empresa como la IRO y supervisa su trabajo.
- Enviamos información sobre su apelación (su expediente) a esta organización. Tiene derecho a una copia gratuita de su expediente.
- Tiene derecho a proporcionar a la IRO información adicional para respaldar su apelación.
- Los revisores de la IRO analizan cuidadosamente toda la información relacionada con su apelación.

Si tuvo una apelación rápida en el Nivel 1, también tiene una apelación rápida en el Nivel 2.

- Si nos presentó una apelación rápida en el Nivel 1, automáticamente recibirá una apelación rápida en el Nivel 2. La IRO debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **dentro de las 72 horas** posteriores a la recepción de su apelación.
- Si su solicitud es para un artículo o servicio médico y la IRO necesita recopilar más información que pueda beneficiarle, **puede tardar hasta 14 días calendario más**. La IRO no puede tomarse más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento de la Parte B de Medicare.

Si tuvo una apelación estándar en el Nivel 1, también tiene una apelación estándar en el Nivel 2.

- Si nos presentó una apelación estándar en el Nivel 1, automáticamente recibirá una apelación estándar en el Nivel 2.
- Si su solicitud es por un artículo o servicio médico, la IRO debe darle una respuesta a su Apelación de Nivel 2 **dentro de los 30 días calendario** de recibir su apelación.
- Si su solicitud es para un medicamento de la Parte B de Medicare, la IRO debe darle una respuesta a su Apelación de Nivel 2 **dentro de los 7 días calendario** posteriores a la recepción de su apelación.



Si tiene alguna pregunta, llame a Neighborhood INTEGRITY for Duals al 1-844-812-6896 (TTY 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes (puede dejar un mensaje de voz los sábados, domingos y días festivos federales). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

- Si su solicitud es para un artículo o servicio médico y la IRO necesita recopilar más información que pueda beneficiarle, **puede tardar hasta 14 días calendario más**. La IRO tarda más tiempo en tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento de la Parte B de Medicare.

La IRO le da su respuesta por escrito y le explica los motivos.

- **Si la IRO aprueba parte o la totalidad de una solicitud de un artículo o servicio médico, debemos:**
 - Autorizar la cobertura de atención médica **dentro de las 72 horas, o**
 - Prestar el servicio en un plazo de **14 días naturales** después de que recibamos la decisión de la IRO para **las solicitudes estándar, o**
 - Brindar el servicio **dentro de las 72 horas** a partir de la fecha en que recibamos la decisión de la IRO para **solicitudes aceleradas**.
- **Si la IRO aprueba parte o la totalidad de una solicitud de un medicamento de la Parte B de Medicare, debemos autorizar o proporcionar el medicamento de la Parte B de Medicare en disputa:**
 - **dentro 72 horas** después de que recibamos la decisión de la IRO para **solicitudes estándar, o**
 - **dentro de las 24 horas** a partir de la fecha en que recibamos la decisión de la IRO para **solicitudes aceleradas**.
- **Si la IRO rechaza total o parcialmente su apelación**, significa que está de acuerdo en que no debemos aprobar su solicitud (total o parcialmente) de cobertura médica. Esto se denomina "confirmar la decisión" o "rechazar su apelación".
 - Si su caso cumple con los requisitos, usted elige si desea continuar con su apelación.
 - Hay tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2, para un total de cinco niveles.
 - Si su Apelación de Nivel 2 es rechazada y cumple con los requisitos para continuar el proceso de apelación, debe decidir si desea pasar al Nivel 3 y presentar una tercera apelación. Los detalles sobre cómo hacerlo se encuentran en la notificación escrita que recibirá después de su Apelación de Nivel 2.
 - Un juez de derecho administrativo (Administrative Law Judge, ALJ) o un abogado adjudicador maneja una apelación de nivel 3. Consulte la **Sección J** para obtener más información sobre las apelaciones de niveles 3, 4 y 5.



Si tiene alguna pregunta, llame a Neighborhood INTEGRITY for Duals al 1-844-812-6896 (TTY 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes (puede dejar un mensaje de voz los sábados, domingos y días festivos federales). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

Cuando su problema se refiere a un servicio o artículo que generalmente cubre Medicaid, o que está cubierto tanto por Medicare como por Medicaid de Rhode Island

Una Apelación de Nivel 2 para los servicios que Medicaid de Rhode Island suele cubrir consiste en una Audiencia Imparcial Estatal con el estado o con una organización de Revisión Externa de Rhode Island. Debe solicitar cualquiera de estas apelaciones de Nivel 2 por escrito o por teléfono **dentro de los 120 días calendario** posteriores a la fecha en que le enviamos la carta de decisión sobre su Apelación de Nivel 1. La carta que le enviamos le indicará dónde presentar su solicitud de Audiencia Imparcial.

Si no cumple con la fecha límite y tiene una razón justificada para ello, la Oficina de Salud y Servicios Humanos (EOHHS) o la organización de Revisión Externa de RI podrían otorgarle más tiempo para presentar su apelación. Algunos ejemplos de una razón justificada son:

- Usted tuvo una enfermedad grave, o
- Le dimos información incorrecta sobre la fecha límite para solicitar una apelación.

Si su problema está relacionado con un servicio o artículo de Medicaid, puede solicitar una Apelación de Nivel 2 ante la Oficina de Audiencias Imparciales Estatales de EOHHS y/o la Organización de Revisión Externa de RI/Audiencias Imparciales Estatales de EOHHS.

¿Cómo presento una apelación de nivel 2: Audiencia imparcial estatal de EOHHS?

Para iniciar su apelación de Nivel 2, usted, su médico u otro proveedor, o su representante deben completar un formulario para solicitar una audiencia dentro de los 120 días posteriores a la fecha de envío de nuestra decisión de Nivel 1.

Usted o su representante pueden solicitar el formulario:

- Llamando a la Oficina de Apelaciones de la Oficina Ejecutiva de Salud y Servicios Humanos (EOHHS) al (401) 462-2132 (TTY 711).
- Enviando su solicitud por correo electrónico a OHHS.AppealsOffice@ohhs.ri.gov.
- Enviando la solicitud por fax al (401) 462-0458.

El formulario de Audiencia Imparcial Estatal puede enviarse por correo postal, fax o correo electrónico. También puede solicitar una Audiencia Imparcial Estatal acelerada (rápida) en el formulario.

Puede presentar una solicitud de apelación a la siguiente dirección:

EOHHS Appeals Office
Virks Building, 3 West Rd.
Cranston, RI Island 02920

La oficina de Audiencias Imparciales del Estado programará una audiencia. Le enviarán una notificación con la fecha, hora y lugar de la audiencia a más tardar 15 días antes de la fecha de la



Si tiene alguna pregunta, llame a Neighborhood INTEGRITY for Duals al 1-844-812-6896 (TTY 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes (puede dejar un mensaje de voz los sábados, domingos y días festivos federales). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

audiencia.

¿Cómo presento una Apelación de Nivel 2: Revisión Externa de RI?

Puede solicitar una Revisión Externa de RI comunicándose con nosotros al 1-844-812-6896 y TTY 711 dentro de los cuatro (4) meses posteriores a la fecha de envío de nuestra decisión de Nivel 1. Enviaremos la información de la apelación a la organización de Revisión Externa de RI dentro de los cinco días hábiles siguientes a la recepción de su solicitud. Recibirá una respuesta por escrito de la organización de Revisión Externa de RI dentro de los 10 días hábiles siguientes a la recepción de toda la información necesaria para revisar su caso, pero a más tardar 45 días después de la recepción de la solicitud.

Algunas denegaciones de apelación no son elegibles para una Revisión Externa de RI. Si no está seguro de si puede solicitar una Revisión Externa de RI, puede comunicarse con nosotros al 1-844-812-6896 y TTY 711. Podemos ayudarle a determinar si una Revisión Externa de RI está disponible para su situación.

La oficina de Audiencia Imparcial le entrega su decisión por escrito y le explica los motivos.

- Si la oficina de Audiencia Imparcial **aprueba** parte o la totalidad de una solicitud de un artículo o servicio médico, debemos autorizar o proporcionar el servicio o artículo **dentro de las 72 horas** posteriores a que recibamos su decisión.
- Si la oficina de Audiencias Imparciales **rechaza** total o parcialmente su apelación, significa que está de acuerdo en que no debemos aprobar su solicitud (total o parcialmente) de cobertura médica. Esto se denomina "confirmar la decisión" o "rechazar su apelación".

Si la decisión de la Oficina de Audiencias Justas o de la IRO es **rechazar** la totalidad o parte de su solicitud, usted tiene derechos de apelación adicionales.

Si su Apelación de Nivel 2 se presentó ante la **IRO**, puede apelar nuevamente solo si el valor en dólares del servicio o artículo que desea cumple con un monto mínimo. Un Juez de Derecho Administrativo (ALJ) o un abogado adjudicador gestiona las Apelaciones de Nivel 3. **La carta que recibirá de la IRO explica los derechos de apelación adicionales que podría tener.**

La carta que recibe de la oficina de Audiencia Imparcial describe la siguiente opción de apelación.

¿Qué sucede si la oficina de Audiencias Imparciales Estatales de EOHHS y/o la organización de Revisión Externa de RI y la Entidad de Revisión Independiente revisan la Apelación de Nivel 2 y toman decisiones diferentes?

Si la oficina de Audiencias Justas del Estado de EOHHS, la organización de Revisión Externa de RI o la IRO deciden **aprueban** todo o parte de lo que usted solicitó, le brindaremos el servicio o artículo aprobado que más se acerque a lo que solicitó en su apelación.

Consulte la **Sección J** para obtener más información sobre sus derechos de apelación después del



Si tiene alguna pregunta, llame a Neighborhood INTEGRITY for Duals al 1-844-812-6896 (TTY 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes (puede dejar un mensaje de voz los sábados, domingos y días festivos federales). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

Nivel 2.

F5. Problemas con los pagos

No permitimos que nuestros proveedores de la red le facturen por servicios y artículos cubiertos. Esto aplica incluso si pagamos al proveedor menos de lo que este cobra por un servicio o artículo cubierto. Nunca está obligado a pagar el saldo de ninguna factura. La única excepción a esto es si recibe servicios y apoyos a largo plazo y Medicaid de Rhode Island le exige pagar parte del costo de estos servicios. Esto se denomina "costo compartido" y el monto lo determina Medicaid de Rhode Island.

Si recibe una factura por servicios y artículos cubiertos, envíenosla. No la pague usted mismo. Nos comunicaremos directamente con el proveedor y nos encargaremos del problema. Si paga la factura, puede obtener un reembolso de nuestro plan si siguió las normas para obtener los servicios o artículos.

Para obtener más información, consulte el **Capítulo 7** de este *Manual del Miembro*. Describe las situaciones en las que podría necesitar solicitarnos un reembolso o el pago de una factura recibida de un proveedor. También explica cómo enviarnos la documentación para solicitar el pago.

Si solicita un reembolso, está solicitando una decisión de cobertura. Verificaremos si el servicio o artículo que pagó está cubierto y si cumplió con todas las normas de uso de su cobertura.

- Si el servicio o artículo que usted pagó está cubierto y usted siguió todas las reglas, le enviaremos el pago del servicio o artículo generalmente dentro de los 30 días calendario, pero no más tarde de 60 días calendario después de que recibamos su solicitud.
- Si aún no ha pagado el servicio o artículo, lo enviaremos directamente al proveedor. Enviar el pago equivale a **aceptar** su solicitud de cobertura.
- Si el servicio o artículo no está cubierto o no siguió todas las reglas, le enviaremos una carta informándole que no pagaremos el servicio o artículo y explicando el motivo.

Si no está de acuerdo con nuestra decisión de no pagar, **puede presentar una apelación**. Siga el proceso de apelación descrito en la **Sección F3**. Al seguir estas instrucciones, tenga en cuenta lo siguiente:

- Si presenta una apelación para que le reembolsemos el dinero, debemos darle nuestra respuesta dentro de los 30 días calendario posteriores a que recibamos su apelación.

Si nuestra respuesta a su apelación es **negativa** y **Medicare** suele cubrir el servicio o artículo, enviaremos su caso a la IRO. Le enviaremos una carta si esto sucede.

- Si la IRO revoca nuestra decisión y decide que debemos pagarle, debemos enviarle el pago a usted o al proveedor dentro de 30 días calendario. Si la respuesta a su apelación



Si tiene alguna pregunta, llame a Neighborhood INTEGRITY for Duals al 1-844-812-6896 (TTY 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes (puede dejar un mensaje de voz los sábados, domingos y días festivos federales). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

es **afirmativa** en cualquier etapa del proceso de apelaciones después del Nivel 2, debemos enviarle el pago a usted o al proveedor de atención médica dentro de 60 días calendario.

- Si la IRO **rechaza** su apelación, significa que está de acuerdo en que no debemos aprobar su solicitud. Esto se denomina "confirmar la decisión" o "rechazar su apelación". Recibirá una carta explicando sus derechos de apelación adicionales. Consulte la **Sección J** para obtener más información sobre los niveles adicionales de apelación.

Si nuestra respuesta a su apelación es **rechazarla** y Medicaid de Rhode Island generalmente cubre el servicio o artículo, puede presentar una Apelación de Nivel 2 usted mismo. Consulte la **Sección F4** para obtener más información.

G. Medicamentos de la Parte D de Medicare

Sus beneficios como miembro de nuestro plan incluyen cobertura para muchos medicamentos. La mayoría de estos son medicamentos de la Parte D de Medicare. Existen algunos medicamentos que la Parte D de Medicare no cubre, pero que Medicaid de Rhode Island sí podría cubrir. **Esta sección solo aplica a las apelaciones de medicamentos de la Parte D de Medicare.** En el resto de esta sección, usaremos "medicamento" en lugar de "medicamento de la Parte D de Medicare" siempre.

Para estar cubierto, el medicamento debe usarse para una indicación médicamente aceptada. Esto significa que el medicamento está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) o cuenta con el respaldo de ciertas referencias médicas. Consulte el **Capítulo 5** de este *Manual del Miembro* para obtener más información sobre una indicación médicamente aceptada.

G1. Decisiones y apelaciones sobre la cobertura de la Parte D de Medicare

A continuación, se presentan ejemplos de decisiones sobre la cobertura que usted nos solicita con respecto a sus medicamentos de la Parte D de Medicare:

- Nos solicita una excepción, por ejemplo:
 - cubrir un medicamento de la Parte D de Medicare que no está en *la Lista de medicamentos de nuestro plan* o
 - eliminar una restricción en nuestra cobertura para un medicamento (como límites en la cantidad que puede obtener)
- Nos pregunta si un medicamento está cubierto (por ejemplo, cuando su medicamento figura en la *Lista de Medicamentos* de nuestro plan, pero debemos aprobarlo antes de cubrirlo)



Si tiene alguna pregunta, llame a Neighborhood INTEGRITY for Duals al 1-844-812-6896 (TTY 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes (puede dejar un mensaje de voz los sábados, domingos y días festivos federales). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

NOTA: Si su farmacia le informa que su receta no se puede surtir tal como está escrita, le entregará un aviso por escrito explicando cómo comunicarse con nosotros para solicitar una decisión de cobertura.

La decisión inicial sobre la cobertura de sus medicamentos de la Parte D de Medicare se denomina **“determinación de cobertura”**.

Nos pide que paguemos un medicamento que ya ha comprado. Esto es una decisión de cobertura del pago.

Si no está de acuerdo con nuestra decisión sobre la cobertura, puede apelar nuestra decisión. Esta sección le explica cómo solicitar decisiones de cobertura y cómo presentar una apelación. Utilice la tabla a continuación para ayudarle.

¿En cuál de estas situaciones se encuentra?

<p>Necesita un medicamento que no está en nuestra <i>Lista de medicamentos</i> o necesita que dejemos de lado una regla o restricción sobre un medicamento que cubrimos.</p>	<p>Desea que cubramos un medicamento de nuestra <i>Lista de medicamentos</i> y cree que cumple con las reglas o restricciones del plan (como obtener aprobación por adelantado) para el medicamento que necesita.</p>	<p>Quiere solicitarnos que le reembolsemos el costo de un medicamento que ya recibió y pagó.</p>	<p>Le dijimos que no cubriremos ni pagaremos un medicamento de la forma que usted desea.</p>
<p>Puede solicitarnos una excepción. (Este es un tipo de decisión de cobertura).</p>	<p>Puede solicitarnos una decisión de cobertura.</p>	<p>Puede solicitarnos un reembolso. (Este es un tipo de decisión de cobertura).</p>	<p>Puede presentar una apelación. (Esto significa que puede solicitarnos una reconsideración).</p>
<p>Comience con la Sección G2, luego consulte las Secciones G3 y G4.</p>	<p>Consulte la Sección G4.</p>	<p>Consulte la Sección G4.</p>	<p>Consulte la Sección G5.</p>



Si tiene alguna pregunta, llame a Neighborhood INTEGRITY for Duals al 1-844-812-6896 (TTY 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes (puede dejar un mensaje de voz los sábados, domingos y días festivos federales). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

G2. Excepciones de la Parte D de Medicare

Si no cubrimos un medicamento como usted desea, puede solicitarnos una "excepción". Si rechazamos su solicitud de excepción, puede apelar nuestra decisión.

Cuando solicita una excepción, su médico u otro médico que le receta el medicamento debe explicarle las razones médicas por las que necesita la excepción.

Solicitar la cobertura de un medicamento que no está en nuestra Lista de Medicamentos o la eliminación de un límite sobre un medicamento, a veces se conoce como pedir una "**excepción al formulario**".

A continuación se muestran algunos ejemplos de excepciones que usted, su médico u otro profesional que le receta medicamentos pueden solicitarnos:

1. Cubrir un medicamento que no está en nuestra *Lista de Medicamentos*

- Si aceptamos hacer una excepción y cubrir un medicamento que no está en nuestra Lista de medicamentos, usted paga el copago que se aplica a los medicamentos del Nivel cuatro (4).
- No puede obtener una excepción al monto de copago requerido para el medicamento.

2. Eliminar una restricción para un medicamento cubierto

- Se aplican reglas o restricciones adicionales a ciertos medicamentos de nuestra *Lista de Medicamentos* (consulte el **Capítulo 5** de este *Manual del Miembro* para obtener más información).
- Las reglas y restricciones adicionales para ciertos medicamentos incluyen:
 - Estar obligado a utilizar la versión genérica de un medicamento en lugar del medicamento de marca.
 - Obtener nuestra aprobación previa antes de aceptar cubrir el medicamento. Esto a veces se denomina "autorización previa (PA)".
 - Tener que probar primero un medicamento diferente antes de aceptar cubrir el que solicita. Esto a veces se denomina "terapia escalonada".
 - Límites de cantidad. Para algunos medicamentos, existen restricciones sobre la cantidad que se puede consumir.
- Si aceptamos una excepción para usted y dejamos de lado una restricción, puede solicitar una excepción al monto de copago que debe pagar.



Si tiene alguna pregunta, llame a Neighborhood INTEGRITY for Duals al 1-844-812-6896 (TTY 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes (puede dejar un mensaje de voz los sábados, domingos y días festivos federales). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

3. Cambiar la cobertura de un medicamento a un nivel de costo compartido más

bajo. Todos los medicamentos de nuestra ***Lista de Medicamentos*** se encuentran en uno de los **cinco (5)** niveles de costo compartido. En general, cuanto menor sea el nivel de costo compartido, menor será el copago requerido.

- Nuestra ***Lista de Medicamentos*** suele incluir más de un medicamento para tratar una afección específica. Estos se denominan medicamentos "alternativos".
- Si un medicamento alternativo para su afección médica tiene un nivel de costo compartido más bajo que el medicamento que toma, puede solicitarnos que lo cubramos al mismo costo compartido del medicamento alternativo. Esto reduciría el monto de su copago.
- Si aprobamos su solicitud de excepción de nivel y hay más de un nivel de costo compartido más bajo con medicamentos alternativos que no puede tomar, generalmente paga el monto más bajo.

G3. Aspectos importantes a tener en cuenta al solicitar una excepción

Su médico u otro profesional que le receta debe informarnos de los motivos médicos.

Su médico u otro profesional que le receta debe enviarnos una declaración explicando los motivos médicos para solicitar una excepción. Para una decisión más rápida, incluya esta información médica de su médico u otro profesional que le receta medicamentos al solicitar la excepción.

Nuestra ***Lista de Medicamentos*** suele incluir más de un medicamento para tratar una afección específica. Estos son llamados medicamentos "alternativos". Si un medicamento alternativo es tan efectivo como el que solicita y no causa más efectos secundarios u otros problemas de salud, generalmente **no** aprobamos su solicitud de excepción. Si nos solicita una excepción de nivel, generalmente **no** la aprobamos a menos que todos los medicamentos alternativos en el nivel de costo compartido más bajo no le resulten tan eficaces o puedan causar una reacción adversa u otro daño.

Podemos aprobar o denegar su solicitud.

- Si **aprobamos** su solicitud de excepción, la misma generalmente tiene vigencia hasta el fin del año calendario. Esto es válido siempre que su médico le siga recetando el medicamento y este siga siendo seguro y eficaz para tratar su afección.
- Si **denegamos** su solicitud de excepción, puede presentar una apelación. Consulte la **Sección G5** para obtener información sobre cómo presentar una apelación si **rechazamos** su solicitud.

La siguiente sección le indica cómo solicitar una decisión sobre la cobertura, incluidas las excepciones.



Si tiene alguna pregunta, llame a Neighborhood INTEGRITY for Duals al 1-844-812-6896 (TTY 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes (puede dejar un mensaje de voz los sábados, domingos y días festivos federales). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

G4. Solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción

- Solicite el tipo de decisión de cobertura que desea llamando al 1-844-812-6896, escribiéndonos o enviándonos un fax. Usted, su representante o su médico (u otro profesional que le recete medicamentos) pueden hacerlo. Incluya su nombre, información de contacto e información sobre la reclamación.
- Usted, su médico (u otro profesional que le recete medicamentos) o alguien que actúe en su nombre pueden solicitar una decisión de cobertura. También puede contratar a un abogado para que actúe en su nombre.
- Consulte la **Sección E3** para saber cómo nombrar a alguien como su representante.
- No necesita dar permiso por escrito a su médico u otro profesional que le receta medicamentos para solicitar una decisión de cobertura en su nombre.
- Si desea solicitarnos el reembolso del precio de un medicamento, consulte el **Capítulo 7** de este *Manual del Miembro*.
- Si solicita una excepción, proporciónenos una "declaración de respaldo". Esta declaración incluye las razones médicas de su médico u otro médico que le receta el medicamento para solicitar la excepción.
- Su médico u otro profesional que le recete medicamentos puede enviarnos la declaración justificativa por fax o correo postal. También puede informarnos por teléfono y luego enviarla por fax o correo postal.

Si su salud lo requiere, solicítenos una “decisión rápida de cobertura”.

Utilizamos los “plazos estándar” a menos que acordemos utilizar los “plazos rápidos”.

- Una **decisión de cobertura estándar** significa que le damos una respuesta dentro de las 72 horas posteriores a que recibamos la declaración de su médico.
- Una **decisión de cobertura rápida** significa que le damos una respuesta dentro de las 24 horas posteriores a que recibamos la declaración de su médico.

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

Puede obtener una decisión de cobertura rápida si:

- Es por un medicamento que no recibió. No puede obtener una decisión de cobertura rápida si nos pide que le reembolsemos un medicamento que ya recibió.



Si tiene alguna pregunta, llame a Neighborhood INTEGRITY for Duals al 1-844-812-6896 (TTY 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes (puede dejar un mensaje de voz los sábados, domingos y días festivos federales). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

- Su salud o capacidad para funcionar se vería gravemente perjudicada si utilizamos los plazos estándar.

Si su médico u otro profesional que le receta medicamentos nos indica que su salud requiere una decisión de cobertura rápida, lo aceptamos y se la proporcionamos. Le enviaremos una carta informándonoselo.

- Si solicita una decisión de cobertura rápida sin el respaldo de su médico u otro médico que le receta medicamentos, nosotros decidiremos si obtiene una decisión de cobertura rápida.
- Si decidimos que su condición médica no cumple con los requisitos para una decisión de cobertura rápida, utilizamos los plazos estándar en su lugar.
 - Le enviamos una carta con información. La carta también le indica cómo presentar una queja sobre nuestra decisión.
 - Puede presentar una queja rápida y recibir respuesta en 24 horas. Para más información sobre cómo presentar quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la **Sección K**.

Plazos para una decisión rápida de cobertura

- Si utilizamos los plazos rápidos, debemos darle nuestra respuesta dentro de las 24 horas. Tras recibir su solicitud. Si solicita una excepción, le daremos una respuesta en un plazo de 24 horas tras recibir la justificación de su médico. Le daremos una respuesta antes si su salud lo requiere.
- Si no cumplimos con este plazo, enviaremos su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones para su revisión por una IRO. Consulte la **Sección G6** para obtener más información sobre las Apelaciones de Nivel 2.
- Si **aprobamos** parte o a la totalidad de su solicitud, Le brindamos la cobertura dentro de las 24 horas siguientes a que recibamos su solicitud o la declaración de respaldo de su médico.
- Si **rechazamos** total o parcialmente su solicitud, le enviaremos una carta con los motivos. La carta también le indicará cómo puede presentar una apelación.

Fechas límite para una decisión de cobertura estándar sobre un medicamento que no recibió

- Si utilizamos los plazos estándar, debemos darle nuestra respuesta dentro de las 72 horas siguientes a la recepción de su solicitud. Si solicita una excepción, le daremos nuestra respuesta dentro de las 72 horas siguientes a la recepción de la declaración justificativa de su médico. Le daremos nuestra respuesta antes si su salud lo requiere.



Si tiene alguna pregunta, llame a Neighborhood INTEGRITY for Duals al 1-844-812-6896 (TTY 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes (puede dejar un mensaje de voz los sábados, domingos y días festivos federales). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

- Si no cumplimos con este plazo, enviaremos su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones para que la revise una IRO.
- Si **aceptamos** parte o la totalidad de su solicitud, le brindaremos la cobertura dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de su solicitud o la declaración de respaldo de su médico para una excepción.
- Si **rechazamos** total o parcialmente su solicitud, le enviaremos una carta con los motivos. La carta también le indicará cómo presentar una apelación.

Fechas límite para una decisión de cobertura estándar sobre un medicamento que ya recibió

- Debemos darle nuestra respuesta dentro de los 14 días naturales siguientes a que recibamos su solicitud.
- Si no cumplimos con este plazo, enviaremos su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones para que la revise una IRO.
- Si **aceptamos** parte o la totalidad de su solicitud, le reembolsaremos el dinero en un plazo de 14 días calendario.
- Si **rechazamos** total o parcialmente su solicitud, le enviaremos una carta con los motivos. La carta también le indicará cómo presentar una apelación.

G5. Presentar una apelación de nivel 1

Una apelación a nuestro plan sobre una decisión de cobertura de medicamentos de la Parte D de Medicare se denomina “**redeterminación**” del plan.

- Inicie su **apelación estándar** o rápida llamando al 1-844-812-6896, escribiéndonos o enviándonos un fax. Usted, su representante o su médico (u otro profesional que le recete medicamentos) pueden hacerlo. Incluya su nombre, información de contacto e información sobre su apelación.
- Debe solicitar una apelación **dentro de los 65 días** calendario a partir de la fecha de la carta que le enviamos para comunicarle nuestra decisión.
- Si no cumple con la fecha límite y tiene una razón justificada para no hacerlo, podríamos darle más tiempo para presentar su apelación. Por ejemplo, si tuvo una enfermedad grave o si le dimos información incorrecta sobre la fecha límite, explique el motivo de la demora al presentar su apelación.
- Tiene derecho a solicitarnos una copia gratuita de la información sobre su apelación.



Si tiene alguna pregunta, llame a Neighborhood INTEGRITY for Duals al 1-844-812-6896 (TTY 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes (puede dejar un mensaje de voz los sábados, domingos y días festivos federales). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

Usted y su médico también pueden proporcionarnos más información para respaldar su apelación.

Si su salud lo requiere, solicite una apelación rápida.

Una apelación rápida también se denomina “**redeterminación acelerada**”.

- Si apela una decisión que tomamos sobre un medicamento que no recibió, usted y su médico u otro profesional que le receta medicamentos deciden si necesita una apelación rápida.
- Los requisitos para una apelación rápida son los mismos que para una decisión rápida de cobertura. Consulte la **Sección G4** para obtener más información.

Consideramos su apelación y le damos nuestra respuesta.

- Revisamos su apelación y analizamos cuidadosamente toda la información sobre su solicitud de cobertura.
- Comprobamos si seguimos las reglas cuando **denegamos** su solicitud.
- Es posible que nos comuniquemos con usted, con su médico o con otro profesional que le receta medicamentos para obtener más información.

Plazos para una apelación rápida en el Nivel 1

- Si utilizamos los plazos rápidos, debemos darle nuestra respuesta **dentro de las 72 horas** posteriores a que recibamos su apelación.
 - Le damos nuestra respuesta más pronto si su salud lo requiere.
 - Si no le damos una respuesta en 72 horas, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones. Posteriormente, una IRO la revisará. Consulte la **Sección G6** para obtener información sobre la organización de revisión y el proceso de apelaciones de Nivel 2.
- Si **aprobamos** parte o a la totalidad de su solicitud, debemos brindarle la cobertura que acordamos brindarle dentro de las 72 horas posteriores a que recibamos su apelación.
- Si **rechazamos** parte o a la totalidad de su solicitud, le enviaremos una carta que explica los motivos y le indica cómo puede presentar una apelación.



Si tiene alguna pregunta, llame a Neighborhood INTEGRITY for Duals al 1-844-812-6896 (TTY 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes (puede dejar un mensaje de voz los sábados, domingos y días festivos federales). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

Plazos para una apelación estándar en el Nivel 1

- Si utilizamos los plazos estándar, debemos darle nuestra respuesta **dentro de los 7 días calendario** posteriores a que recibamos su apelación por un medicamento que no recibió.
- Le comunicaremos nuestra decisión antes si no recibió el medicamento y su estado de salud lo requiere. Si considera que su estado de salud lo requiere, solicite una apelación rápida.
 - Si no le damos una respuesta en un plazo de 7 días calendario, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones. Posteriormente, una IRO la revisará. Consulte la **Sección G6** para obtener información sobre la organización de revisión y el proceso de apelaciones de Nivel 2.

Si **aprobamos** parte o la totalidad de su solicitud:

- Debemos **brindarle la cobertura** que acordamos brindarle tan pronto como su salud lo requiera, pero **no más tarde de 7 días calendario** después de que recibamos su apelación.
- Debemos **enviarle el pago** de un medicamento que compró **dentro de los 30 días calendario** posteriores a que recibamos su apelación.

Si **rechazamos** parte o la totalidad de su solicitud:

- Le enviaremos una carta que explica los motivos y le indica cómo puede presentar una apelación.
- Debemos darle nuestra respuesta sobre el reembolso del costo de un medicamento que compró **dentro de los 14 días calendario** posteriores a que recibamos su apelación.
 - Si no le damos una respuesta en un plazo de 14 días naturales, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones. Posteriormente, una IRO la revisará. Consulte la **Sección G6** para obtener información sobre la organización de revisión y el proceso de apelaciones de Nivel 2.
- Si **aprobamos** parte o la totalidad de su solicitud, debemos pagarle dentro de los 30 días calendario siguientes a que recibamos su solicitud.
- Si **rechazamos** parte o la totalidad de su solicitud, le enviaremos una carta que explica los motivos y le indica cómo puede presentar una apelación.



Si tiene alguna pregunta, llame a Neighborhood INTEGRITY for Duals al 1-844-812-6896 (TTY 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes (puede dejar un mensaje de voz los sábados, domingos y días festivos federales). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

G6. Presentar una apelación de nivel 2

Si **rechazamos** su apelación de Nivel 1, puede aceptar nuestra decisión o presentar otra apelación. Si decide presentar otra apelación, utilice el proceso de apelaciones de Nivel 2. La **IRO** revisa nuestra decisión cuando **rechazamos** su primera apelación. Esta organización decide si debemos modificar nuestra decisión.

El nombre formal de la “Organización de Revisión Independiente” (IRO) es “**Entidad de Revisión Independiente**”, a veces llamada “**IRE**”.

Para presentar una apelación de nivel 2, usted, su representante, su médico u otro profesional que hace la receta deben comunicarse con la IRO **por escrito** y solicitar una revisión de su caso.

- Si **rechazamos** su Apelación de Nivel 1, la carta que le enviaremos incluye **instrucciones sobre cómo presentar una Apelación de Nivel 2** ante la IRO. Las instrucciones indican quién puede presentar la Apelación de Nivel 2, los plazos que debe cumplir y cómo comunicarse con la organización.
- Cuando presenta una apelación ante la IRO, enviamos a la organización la información que tenemos sobre su apelación. Esta información se denomina "expediente". **Tiene derecho a una copia gratuita de su expediente.**
- Tiene derecho a proporcionar a la IRO información adicional para respaldar su apelación.

La IRO revisa su apelación de Nivel 2 de la Parte D de Medicare y le da una respuesta por escrito. Consulte la **Sección F4** para obtener más información sobre la IRO.

Plazos para una apelación rápida en el Nivel 2

Si su salud lo requiere, solicite a la IRO una apelación rápida.

- Si aceptan una apelación rápida, deben darle una respuesta **dentro de las 72 horas** posteriores a la recepción de su solicitud de apelación.
- Si **aceptan** parte o la totalidad de su solicitud, debemos proporcionar la cobertura del medicamento aprobado **dentro de las 24 horas** posteriores a recibir la decisión de la IRO.

Plazos para una apelación estándar en el Nivel 2

Si tiene una apelación estándar en el Nivel 2, la IRO debe darle una respuesta:

- **dentro de los 7 días calendario** posteriores a que reciban su apelación por un medicamento que no recibió.



Si tiene alguna pregunta, llame a Neighborhood INTEGRITY for Duals al 1-844-812-6896 (TTY 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes (puede dejar un mensaje de voz los sábados, domingos y días festivos federales). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

- **dentro de los 14 días calendario** siguientes a la recepción de su apelación para el reembolso de un medicamento que compró.

Si el IRO **aprueba** parte o la totalidad de su solicitud:

- Debemos proporcionar la cobertura del medicamento aprobado **dentro de las 72 horas** posteriores a la recepción de la decisión de la IRO.
- Debemos reembolsarle el costo de un medicamento que compró dentro de los 30 días calendario posteriores a que recibamos la decisión de la IRO.
- Si la IRO **rechaza** su apelación, significa que está de acuerdo con nuestra decisión de no aprobar su solicitud. Esto se denomina "confirmar la decisión" o "rechazar su apelación".

Si la IRO **rechaza** su Apelación de Nivel 2, tiene derecho a una Apelación de Nivel 3 si el valor en dólares de la cobertura de medicamentos que solicita cumple con el mínimo requerido. Si el valor en dólares de la cobertura de medicamentos que solicita es inferior al mínimo requerido, no podrá presentar otra apelación. En ese caso, la decisión sobre la Apelación de Nivel 2 es definitiva. La IRO le enviará una carta con el valor mínimo necesario para continuar con la Apelación de Nivel 3.

Si el valor en dólares de su solicitud cumple con el requisito, usted elige si desea llevar su apelación más allá.

- Hay tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2.
- Si la IRO **rechaza** su Apelación de Nivel 2 y usted cumple con el requisito para continuar con el proceso de apelaciones, usted:
 - Decide si desea presentar una Apelación de Nivel 3.
 - Consulte la carta que le envió la IRO después de su apelación de nivel 2 para obtener detalles sobre cómo presentar una apelación de nivel 3.

Un Juez Administrativo (ALJ) o un abogado adjudicador gestiona las apelaciones de Nivel 3. Consulte la **Sección J** para obtener información sobre las apelaciones de Nivel 3, 4 y 5.

H. Solicitud de cobertura para una estancia prolongada en el hospital

Al ser hospitalizado, tiene derecho a recibir todos los servicios hospitalarios que cubrimos y que sean necesarios para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión. Para obtener más información sobre la cobertura hospitalaria de nuestro plan, consulte el **Capítulo 4** de este *Manual del Miembro*.



Si tiene alguna pregunta, llame a Neighborhood INTEGRITY for Duals al 1-844-812-6896 (TTY 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes (puede dejar un mensaje de voz los sábados, domingos y días festivos federales). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpr.org/INTEGRITYDuals.

Durante su hospitalización cubierta, su médico y el personal del hospital colaborarán con usted para prepararlo para el día de su alta. También le ayudarán a coordinar la atención que pueda necesitar después del alta.

- El día en que usted sale del hospital se llama “fecha de alta”.
- Su médico o el personal del hospital le dirán cuál es su fecha de alta.

Si cree que le están pidiendo que salga del hospital demasiado pronto o le preocupa su atención después de salir, puede solicitar una hospitalización más prolongada. Esta sección le explica cómo hacerlo.

H1. Conocer sus derechos de Medicare

Dentro de los dos días posteriores a su ingreso al hospital, alguien del hospital, como una enfermera o un asistente social, le entregará un aviso escrito llamado "Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos". Todas las personas con Medicare reciben una copia de este aviso cada vez que ingresan a un hospital.

Si no recibe el aviso, solicítelo a cualquier empleado del hospital. Si necesita ayuda, llame a Servicios para Miembros a los números que aparecen al final de la página. También puede llamar al -1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

- **Lea el aviso** atentamente y haga preguntas si no lo entiende. El aviso le informa sobre sus derechos como paciente del hospital, incluyendo sus derechos a:
 - Recibir servicios cubiertos por Medicare durante y después de su hospitalización. Tiene derecho a saber cuáles son estos servicios, quién los paga y dónde puede obtenerlos.
 - Ser parte de cualquier decisión sobre la duración de su estadía en el hospital.
 - Saber a quién debe informar sobre cualquier inquietud que tenga sobre la calidad de su atención hospitalaria.
 - Apelar si cree que le están dando el alta del hospital demasiado pronto.
- **Firme el aviso** para demostrar que lo recibió y comprende sus derechos.
 - Usted o alguien que actúe en su nombre puede firmar el aviso.
 - Firmar el aviso **solo** demuestra que recibió la información sobre sus derechos. Firmar **no** significa que acepte la fecha de alta que le hayan indicado su médico o el personal del hospital.
- **Conserve su copia** del aviso firmado para tener la información si la necesita.



Si tiene alguna pregunta, llame a Neighborhood INTEGRITY for Duals al 1-844-812-6896 (TTY 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes (puede dejar un mensaje de voz los sábados, domingos y días festivos federales). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

Si firma el aviso más de dos días antes del día en que sale del hospital, recibirá otra copia antes de que le den el alta.

Puede consultar una copia del aviso con antelación si:

- Llama a Servicios para Miembros a los números que aparecen al final de la página.
- Llama a Medicare al 1-800 MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- Visita www.cms.gov/medicare/forms-notice/beneficiary-notice-initiative/ffs-ma-im.

H2. Presentar una apelación de nivel 1

Para solicitar que cubramos sus servicios de hospitalización por un período más largo, presente una apelación. La Organización para la Mejora de la Calidad (QIO) revisa la apelación de Nivel 1 para determinar si su fecha de alta prevista es médicamente adecuada para usted.

La QIO es un grupo de médicos y otros profesionales de la salud pagados por el gobierno federal. Estos expertos evalúan y ayudan a mejorar la calidad de vida de los beneficiarios de Medicare. No forman parte de nuestro plan.

En Rhode Island, la QIO es Acentra Health. Llámelos al 1-888-319-8452. La información de contacto también se encuentra en el aviso "Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos" y en el **Capítulo 2**.

Llame al QIO antes de salir del hospital y no más tarde de la fecha de alta planificada.

- **Si llama antes de irse**, puede permanecer en el hospital después de la fecha de alta planificada sin pagar mientras espera la decisión del QIO sobre su apelación.
- **Si no llama para apelar** y decide permanecer en el hospital después de la fecha de alta planificada, puede pagar todos los costos de la atención hospitalaria que reciba después de la fecha de alta planificada.

Pida ayuda si la necesita. Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento:

- Llame a Servicios para Miembros a los números que aparecen en la parte inferior de la página.
- Llame al Programa Estatal de Asistencia de Seguro Médico (SHIP) al 1-888-884-8721.

Solicite una revisión rápida. Actúe con rapidez y contacte a la QIO para solicitar una revisión rápida de su alta hospitalaria.



Si tiene alguna pregunta, llame a Neighborhood INTEGRITY for Duals al 1-844-812-6896 (TTY 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes (puede dejar un mensaje de voz los sábados, domingos y días festivos federales). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

El término legal para “**revisión rápida**” es “**revisión inmediata**” o “**revisión acelerada**”.

¿Qué sucede durante la revisión rápida?

- Los revisores de la QIO le preguntarán a usted o a su representante por qué cree que la cobertura debería continuar después de la fecha de alta prevista. No está obligado a escribir una declaración, pero puede hacerlo.
- Los revisores revisan su información médica, hablan con su médico y revisan la información que les proporcionaron el hospital y nuestro plan.
- Al mediodía del día siguiente a la notificación de su apelación por parte de los revisores, recibirá una carta con su fecha de alta prevista. La carta también explica las razones por las que su médico, el hospital y nosotros consideramos que esa es la fecha de alta correcta y médicamente apropiada para usted.

El término legal para esta explicación escrita es “**Aviso Detallado de Alta**”. Puede obtener un ejemplar llamando a Servicios para Miembros a los números que aparecen al final de esta página o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). (Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048). También puede consultar un ejemplar del aviso en línea en www.cms.gov/medicare/forms-notice/beneficiary-notice-initiative/ffs-ma-im.

Dentro de un día completo después de obtener toda la información que necesita, la QIO le dará su respuesta a su apelación.

Si la QIO **aprueba** su apelación:

- Le brindaremos los servicios hospitalarios para pacientes internados cubiertos durante el tiempo que los servicios sean médicamente necesarios.

Si la QIO **rechaza** su apelación:

- Consideran que la fecha de alta planificada es médicamente apropiada.
- Nuestra cobertura para sus servicios hospitalarios para pacientes internados finalizará al mediodía del día siguiente a que la QIO le dé su respuesta a su apelación.
- Es posible que tenga que pagar el costo total de la atención hospitalaria que reciba después del mediodía del día siguiente a que la QIO le dé su respuesta a su apelación.
- Puede presentar una Apelación de Nivel 2 si la QIO rechaza su Apelación de Nivel 1 y usted permanece en el hospital después de su fecha de alta planificada.



Si tiene alguna pregunta, llame a Neighborhood INTEGRITY for Duals al 1-844-812-6896 (TTY 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes (puede dejar un mensaje de voz los sábados, domingos y días festivos federales). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

H3. Presentar una apelación de nivel 2

Para una apelación de nivel 2, solicita a la QIO que revise nuevamente la decisión que tomaron en su apelación de nivel 1. Llámalos al 1-888-319-8452.

Debe solicitar esta revisión **dentro de los 60 días calendario** posteriores a la fecha en que la QIO respondió que **rechaza** su Apelación de Nivel 1. Puede solicitar esta revisión **solo** si permanece en el hospital después de la fecha en que finalizó su cobertura de atención.

Los revisores de la QIO:

- Revisarán nuevamente con atención toda la información relacionada con su apelación.
- Le informaremos su decisión sobre su Apelación de Nivel 2 dentro de los 14 días calendario posteriores a la recepción de su solicitud de una segunda revisión.

Si la QIO **aprueba** a su apelación:

- Debemos reembolsarle **nuestra parte de** los costos de atención hospitalaria desde el mediodía del día siguiente a la fecha en que la QIO rechazó su Apelación de Nivel 1.
- Brindaremos los servicios hospitalarios para pacientes internados cubiertos durante el tiempo que los servicios sean médicamente necesarios.

Si la QIO **rechaza** su apelación:

- Están de acuerdo con su decisión sobre su Apelación de Nivel 1 y no la cambiarán.
- Le entregarán una carta que le indica lo que puede hacer si desea continuar el proceso de apelaciones y presentar una Apelación de Nivel 3.

Un Juez Administrativo (ALJ) o un abogado adjudicador gestiona las apelaciones de Nivel 3. Consulte la **Sección J** para obtener información sobre las apelaciones de Nivel 3, 4 y 5.

I. Solicitarnos que continuemos cubriendo ciertos servicios médicos

Esta sección trata únicamente sobre tres tipos de servicios que puede recibir:

- Servicios de atención médica domiciliaria
- Atención de enfermería especializada en un centro de enfermería especializada, **y**
- Atención de rehabilitación ambulatoria en un centro CORF aprobado por Medicare. Esto suele significar que recibe tratamiento por una enfermedad o accidente, o que se está recuperando de una cirugía mayor.



Si tiene alguna pregunta, llame a Neighborhood INTEGRITY for Duals al 1-844-812-6896 (TTY 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes (puede dejar un mensaje de voz los sábados, domingos y días festivos federales). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

Con cualquiera de estos tres tipos de servicios, usted tiene derecho a obtener servicios cubiertos durante el tiempo que el médico indique que los necesita.

Si decidimos dejar de cubrir alguno de estos servicios, debemos informarle **antes** de que finalice. Cuando finalice su cobertura, dejaremos de pagarlo.

Si considera que estamos finalizando la cobertura de su atención médica demasiado pronto, **puede apelar nuestra decisión**. Esta sección le explica cómo solicitar una apelación.

11. Aviso previo antes de que finalice su cobertura

Le enviaremos un aviso por escrito que recibirá al menos dos días antes de que dejemos de pagar su atención médica. Este aviso se llama "Aviso de no cobertura de Medicare". Este aviso le indica la fecha en que dejaremos de cubrir su atención médica y cómo apelar nuestra decisión.

Usted o su representante deben firmar el aviso para demostrar que lo recibieron. Firmar el aviso **solo** demuestra que recibió la información. Firmar **no** significa que esté de acuerdo con nuestra decisión.

12. Presentar una apelación de nivel 1

Si considera que estamos finalizando la cobertura de su atención médica demasiado pronto, puede apelar nuestra decisión. Esta sección le explica el proceso de Apelación de Nivel 1 y qué hacer.

- **Cumpla con los plazos.** Los plazos son importantes. Comprenda y respete los plazos aplicables a sus tareas. Nuestro plan también debe cumplir con los plazos. Si considera que no estamos cumpliendo con nuestros plazos, puede presentar una queja. Consulte la **Sección K** para obtener más información sobre quejas.
- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento:
 - Llame a Servicios para Miembros a los números que aparecen en la parte inferior de la página.
 - Llame al Programa Estatal de Asistencia de Seguro Médico (SHIP) al 1-888-884-8721.
- **Póngase en contacto con la QIO.**
 - Consulte la **Sección H2** o el **Capítulo 2** de este *Manual del Miembro* para obtener más información sobre la QIO y cómo contactarlos.
 - Pídales que revisen su apelación y decidan si modificarán la decisión de nuestro plan.



Si tiene alguna pregunta, llame a Neighborhood INTEGRITY for Duals al 1-844-812-6896 (TTY 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes (puede dejar un mensaje de voz los sábados, domingos y días festivos federales). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

- **Actúe con rapidez y solicite una apelación acelerada.** Pregunte a la QIO si es médicamente apropiado que cancelemos la cobertura de sus servicios médicos.

Su fecha límite para contactar con esta organización

- Debe comunicarse con la QIO para iniciar su apelación antes del mediodía del día anterior a la fecha de vigencia del “Aviso de no cobertura de Medicare” que le enviamos.

El término legal para el aviso escrito es **"Aviso de no cobertura de Medicare"**. Para obtener una copia de muestra, llame a Servicios para Miembros a los números que aparecen al final de la página o llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. O bien, puede obtener una copia en línea en www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BN/FFS-Expedited-Determination-Notices.

¿Qué sucede durante una apelación acelerada?

- Los revisores de la QIO le preguntarán a usted o a su representante por qué cree que la cobertura debería continuar. No está obligado a escribir una declaración, pero puede hacerlo.
- Los revisores revisan su información médica, hablan con su médico y revisan la información que les proporcionó nuestro plan.
- Nuestro plan también le envía una notificación por escrito explicando los motivos para finalizar la cobertura de sus servicios. Recibirá la notificación al final del día en que los revisores nos informen sobre su apelación.

El término legal para la explicación del aviso es **"Explicación detallada de no cobertura"**.

- Le comunicarán su decisión dentro de un día completo después de recibir toda la información que necesitan.

Si la QIO **aprueba** su apelación:

- Le brindaremos los servicios cubiertos durante el tiempo que sean médicamente necesarios.

Si la QIO **rechaza** su apelación:



Si tiene alguna pregunta, llame a Neighborhood INTEGRITY for Duals al 1-844-812-6896 (TTY 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes (puede dejar un mensaje de voz los sábados, domingos y días festivos federales). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

- Su cobertura finaliza en la fecha que le indicamos.
- Dejaremos de pagar los costos de esta atención en la fecha indicada en el aviso.
- Usted paga el costo total de esta atención usted mismo si decide continuar con la atención médica domiciliaria, la atención en un centro de enfermería especializada o los servicios de CORF después de la fecha de finalización de su cobertura.
- Usted decide si desea continuar con estos servicios y presentar una Apelación de Nivel 2.

13. Presentar una apelación de nivel 2

En una apelación de nivel 2, usted le solicita a la QIO que revise nuevamente la decisión que tomaron en su apelación de nivel 1. Llámelos al 1-888-319-8452.

Debe solicitar esta revisión **dentro de los 60 días calendario** posteriores a la fecha en que la QIO respondió que **rechaza** su Apelación de Nivel 1. Puede solicitar esta revisión **solo** si continúa recibiendo atención después de la fecha en que finalizó su cobertura de atención.

Los revisores de la QIO:

- Revisarán nuevamente con atención toda la información relacionada con su apelación.
- Le informarán su decisión sobre su Apelación de Nivel 2 dentro de los 14 días calendario posteriores a la recepción de su solicitud de una segunda revisión.

Si la QIO **aprueba** su apelación:

- Le reembolsamos los costos de la atención que recibió desde la fecha en que dijimos que su cobertura finalizaría.
- Proporcionaremos cobertura para el cuidado durante el tiempo que sea médicamente necesario.

Si la QIO **rechaza** su apelación:

- Están de acuerdo con nuestra decisión de finalizar su atención y no la cambiarán.
- Le entregarán una carta que le indica lo que puede hacer si desea continuar el proceso de apelaciones y presentar una Apelación de Nivel 3.

Un juez administrativo o un abogado adjudicador gestiona las apelaciones de nivel 3. Consulte la **Sección J** para obtener información sobre las apelaciones de nivel 3, 4 y 5.



Si tiene alguna pregunta, llame a Neighborhood INTEGRITY for Duals al 1-844-812-6896 (TTY 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes (puede dejar un mensaje de voz los sábados, domingos y días festivos federales). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpr.org/INTEGRITYDuals.

J. Cómo llevar su apelación más allá del Nivel 2

J1. Próximos pasos para los servicios y artículos de Medicare

Si presentó una Apelación de Nivel 1 y una Apelación de Nivel 2 por servicios o artículos de Medicare, y ambas apelaciones fueron rechazadas, es posible que tenga derecho a niveles de apelación adicionales.

Si el valor en dólares del servicio o artículo de Medicare que apeló no alcanza un monto mínimo, no podrá presentar más apelaciones. Si el valor en dólares es lo suficientemente alto, puede continuar con el proceso de apelación. La carta que recibirá de la IRO para su Apelación de Nivel 2 le explicará a quién contactar y qué hacer para solicitar una Apelación de Nivel 3.

Apelación de nivel 3

El nivel 3 del proceso de apelación es una audiencia ante un juez administrativo. La persona que toma la decisión es un juez administrativo o un abogado adjudicador que trabaja para el gobierno federal.

Si el ALJ o el abogado adjudicador **aprueba** su apelación, tenemos el derecho de apelar una decisión de Nivel 3 que sea favorable para usted.

- Si decidimos **apelar** la decisión, le enviaremos una copia de la solicitud de Apelación de Nivel 4 con la documentación adjunta. Podríamos esperar la decisión de la Apelación de Nivel 4 antes de autorizar o prestar el servicio en disputa.
- Si decidimos **no apelar** la decisión, debemos autorizar o brindarle el servicio dentro de los 60 días calendario posteriores a recibir la decisión del ALJ o del abogado adjudicador.
 - Si el ALJ o el abogado adjudicador **rechaza** su apelación, es posible que el proceso de apelaciones no haya terminado.
- Si decide **aceptar** esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones termina.
- Si decide **no aceptar** la decisión que rechaza su apelación, puede pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. La notificación que reciba le indicará qué hacer para una apelación de Nivel 4.

Apelación de nivel 4

El Consejo de Apelaciones de Medicare (el Consejo) revisa su apelación y le da una respuesta. El Consejo forma parte del gobierno federal.



Si tiene alguna pregunta, llame a Neighborhood INTEGRITY for Duals al 1-844-812-6896 (TTY 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes (puede dejar un mensaje de voz los sábados, domingos y días festivos federales). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpi.org/INTEGRITYDuals.

Si el Consejo responde que **acepta** su Apelación de Nivel 4 o rechaza nuestra solicitud de revisar una decisión de Apelación de Nivel 3 favorable para usted, tenemos el derecho de apelar al Nivel 5.

- Si decidimos **apelar** la decisión, se lo informaremos por escrito.
- Si decidimos **no apelar** la decisión, debemos autorizar o brindarle el servicio dentro de los 60 días calendario posteriores a recibir la decisión del Consejo.

Si el Consejo dice que **no** o rechaza nuestra solicitud de revisión, es posible que el proceso de apelaciones no haya terminado.

- Si decide **aceptar** esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones termina.
- Si decide **no aceptar** la decisión que rechaza su apelación, podría pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. La notificación que reciba le indicará si puede pasar a una Apelación de Nivel 5 y qué hacer.

Apelación de nivel 5

- Un juez del Tribunal Federal de Distrito revisará su apelación y toda la información y decidirá **aprobar** o **rechazar**. Esta es la decisión final. No existen otras instancias de apelación más allá del Tribunal Federal de Distrito.

J2. Apelaciones adicionales de Medicaid de Rhode Island

También tiene otros derechos de apelación si su apelación se refiere a servicios o artículos que Medicaid de Rhode Island suele cubrir. La carta que reciba de la oficina de Audiencias Imparciales le indicará qué hacer si desea continuar con el proceso de apelación. El nivel 3 del proceso de apelación para un servicio, artículo o medicamento de Medicaid se lleva a cabo en el Tribunal Estatal.

J3. Niveles de apelación 3, 4 y 5 para solicitudes de medicamentos de la Parte D de Medicare

Esta sección puede ser adecuada para usted si presentó una Apelación de Nivel 1 y una Apelación de Nivel 2, y ambas fueron rechazadas.

Si el valor del medicamento que apeló alcanza cierta cantidad en dólares, podría acceder a niveles adicionales de apelación. La respuesta escrita que reciba a su Apelación de Nivel 2 le explicará a quién contactar y qué hacer para solicitar una Apelación de Nivel 3.



Si tiene alguna pregunta, llame a Neighborhood INTEGRITY for Duals al 1-844-812-6896 (TTY 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes (puede dejar un mensaje de voz los sábados, domingos y días festivos federales). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

Apelación de nivel 3

El nivel 3 del proceso de apelación es una audiencia ante un juez administrativo. La persona que toma la decisión es un juez administrativo o un abogado adjudicador que trabaja para el gobierno federal.

Si el ALJ o el abogado adjudicador **aprueba** su apelación:

- El proceso de apelación ha terminado.
- Debemos autorizar o proporcionar la cobertura del medicamento aprobado dentro de las 72 horas (o 24 horas para una apelación acelerada) o realizar el pago a más tardar 30 días calendario después de que recibamos la decisión.

Si el ALJ o el abogado adjudicador **rechazan** su apelación, es posible que el proceso de apelaciones no haya terminado.

- Si decide **aceptar** esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones termina.
- Si decide **no aceptar** la decisión que rechaza su apelación, puede pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. La notificación que reciba le indicará qué hacer para una apelación de Nivel 4.

Apelación de nivel 4

El Consejo revisa su apelación y le da una respuesta. El Consejo forma parte del gobierno federal.

Si el Consejo responde que **acepta** su apelación:

- El proceso de apelación ha terminado.
- Debemos autorizar o proporcionar la cobertura del medicamento aprobado dentro de las 72 horas (o 24 horas para una apelación acelerada) o realizar el pago a más tardar 30 días calendario después de que recibamos la decisión.

Si el Consejo responde que **rechaza** su apelación o si rechaza la solicitud de revisión, es posible que el proceso de apelaciones no haya terminado.

- Si decide **aceptar** la decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones termina.
- Si decide **no aceptar** la decisión que rechaza su apelación, podría pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. La notificación que reciba le indicará si puede pasar a una Apelación de Nivel 5 y qué hacer.



Si tiene alguna pregunta, llame a Neighborhood INTEGRITY for Duals al 1-844-812-6896 (TTY 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes (puede dejar un mensaje de voz los sábados, domingos y días festivos federales). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

Apelación de nivel 5

- Un juez del Tribunal Federal de Distrito revisará su apelación y toda la información y decidirá si **acepta** o **rechaza**. Esta es la decisión final. No existen otras instancias de apelación más allá del Tribunal Federal de Distrito.

K. Cómo presentar una queja

K1. ¿Qué tipos de problemas deberían ser objeto de queja?

El proceso de quejas se utiliza únicamente para ciertos tipos de problemas, tales como problemas sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, la coordinación de la atención y la atención al cliente. A continuación, se presentan ejemplos de los tipos de problemas que se gestionan mediante el proceso de quejas.

Queja	Ejemplo
Calidad de su atención médica	<ul style="list-style-type: none"> • No está satisfecho con la calidad de la atención, como la que recibió en el hospital.
Respetando su privacidad	<ul style="list-style-type: none"> • Cree que alguien no respetó su derecho a la privacidad o compartió información confidencial sobre usted.
Falta de respeto, mal servicio al cliente u otros comportamientos negativos	<ul style="list-style-type: none"> • Un proveedor de atención médica o miembro del personal fue grosero o irrespetuoso con usted. • Nuestro personal le trató mal. • Cree que lo están excluyendo de nuestro plan



Si tiene alguna pregunta, llame a Neighborhood INTEGRITY for Duals al 1-844-812-6896 (TTY 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes (puede dejar un mensaje de voz los sábados, domingos y días festivos federales). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpr.org/INTEGRITYDuals.

Queja	Ejemplo
Accesibilidad y asistencia lingüística	<ul style="list-style-type: none"> • No puede acceder físicamente a los servicios e instalaciones de atención médica en el consultorio de un médico o proveedor. • Su médico o proveedor no proporciona un intérprete para el idioma que usted habla, que no es inglés (como la lengua de señas americana o español). • Su proveedor no le brinda otras adaptaciones razonables que usted necesita y solicita.
Tiempos de espera	<ul style="list-style-type: none"> • Tiene problemas para conseguir una cita o espera demasiado tiempo para conseguirla. • Los médicos, farmacéuticos u otros profesionales de la salud, Servicios para Miembros u otro personal del plan lo hacen esperar demasiado tiempo.
Limpieza	<ul style="list-style-type: none"> • Piensa que la clínica, el hospital o el consultorio del médico no están limpios.
Información que usted recibe de nosotros	<ul style="list-style-type: none"> • Cree que no le entregamos un aviso o una carta que debería haber recibido • Cree que la información escrita que le enviamos es demasiado difícil de entender



Si tiene alguna pregunta, llame a Neighborhood INTEGRITY for Duals al 1-844-812-6896 (TTY 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes (puede dejar un mensaje de voz los sábados, domingos y días festivos federales). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

Queja	Ejemplo
Puntualidad relacionada con decisiones de cobertura o apelaciones	<ul style="list-style-type: none"> • Cree que no cumplimos con nuestros plazos para tomar una decisión de cobertura o responder a su apelación. • Usted piensa que, después de obtener una decisión de cobertura o apelación a su favor, no cumplimos con los plazos para aprobar o brindarle el servicio o reembolsarle ciertos servicios médicos. • Cree que no enviamos su caso a la IRO a tiempo.

Existen diferentes tipos de quejas. Puede presentar una queja interna o externa. Las quejas internas se presentan ante nuestro plan, que las revisa. Las quejas externas se presentan ante una organización no afiliada a nuestro plan, que las revisa. Si necesita ayuda para presentar una queja interna o externa, puede llamar a Servicios para Miembros al 1-844-812-6896 (TTY 711) o al Defensor de Atención Médica de RIPIN al 1-855-747-3224 (TTY 711).

El término legal para una “queja” es **“reclamo”**.

El término legal para “presentar una queja” es **“presentar una reclamación”**.

K2. Quejas internas

Para presentar una queja interna, llame a Servicios para Miembros al 1-844-812-6896. Puede presentar la queja en cualquier momento, a menos que se trate de un medicamento de la Parte D de Medicare. Si la queja se refiere a un medicamento de la Parte D de Medicare, debe presentarla **dentro de los 60 días calendario** posteriores al problema que desea reclamar.

- Si hay algo más que necesite hacer, Servicios para Miembros se lo informará.
- También puede escribir su queja y enviárnosla. Si la presenta por escrito, le responderemos por escrito.

El término legal para “queja rápida” es **“queja acelerada”**.



Si tiene alguna pregunta, llame a Neighborhood INTEGRITY for Duals al 1-844-812-6896 (TTY 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes (puede dejar un mensaje de voz los sábados, domingos y días festivos federales). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

Si es posible, le responderemos de inmediato. Si nos llama con una queja, podríamos darle una respuesta en la misma llamada. Si su estado de salud requiere una respuesta rápida, lo haremos.

- Respondemos a la mayoría de las quejas en un plazo de 30 días naturales. Si no tomamos una decisión en ese plazo porque necesitamos más información, se lo notificaremos por escrito. También le informaremos del estado de su caso y le informaremos del tiempo estimado para recibir la respuesta.
- Si presenta una queja porque rechazamos su solicitud de una “decisión de cobertura rápida” o una “apelación rápida”, automáticamente le daremos una “queja rápida” y responderemos a su queja dentro de las 24 horas.
- Si presenta una queja porque nos tomamos tiempo adicional para tomar una decisión de cobertura o una apelación, automáticamente le damos una “queja rápida” y respondemos a su queja dentro de las 24 horas.

Si no estamos de acuerdo con parte o la totalidad de su queja, se lo comunicaremos y le explicaremos nuestros motivos. Responderemos independientemente de si estamos de acuerdo con la queja.

K3. Quejas externas

Seguro médico del estado

Puede informar a Medicare sobre su queja o enviarla a Medicare. El formulario de quejas de Medicare está disponible en: www.medicare.gov/my/medicare-complaint. No es necesario presentar una queja ante Neighborhood INTEGRITY for Duals antes de presentar una queja ante Medicare.

Medicare toma en serio sus quejas y utiliza esta información para ayudar a mejorar la calidad del programa Medicare.

Si tiene algún otro comentario o inquietud, o si considera que el plan de salud no está abordando su problema, también puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. La llamada es gratuita.

Puede informar al Departamento de Salud de Rhode Island o a la Oficina del Comisionado de Seguros de Salud de Rhode Island (OHIC) sobre su queja.

Puede presentar una queja ante el Departamento de Salud de Rhode Island llamándolos al 1-401-222-2231 (TTY 711).

También puede presentar una queja ante la Oficina del Comisionado de Seguros de Salud de Rhode Island llamando al 1-401-462-9517 (TTY 711). Oficina de Derechos Civiles (OCR)



Si tiene alguna pregunta, llame a Neighborhood INTEGRITY for Duals al 1-844-812-6896 (TTY 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes (puede dejar un mensaje de voz los sábados, domingos y días festivos federales). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

Puede presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles (OCR) del Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS) si considera que no ha recibido un trato justo. Por ejemplo, puede presentar una queja sobre el acceso para personas con discapacidad o la asistencia con el idioma. El número de teléfono de la OCR es 1-800-368-1019. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-537-7697. Puede visitar www.hhs.gov/ocr para obtener más información.

También puede comunicarse con la oficina local de OCR al: 401-462-6427 (TTY 1-800-745-6575)

También podría tener derechos bajo la Ley de Estadounidenses con Discapacidades (ADA) y las Leyes Generales de Rhode Island, artículo 42-87. Puede comunicarse con la línea de información de la ADA al 1-800-514-0301 (TTY 1-833-610-1264).

QIO

Cuando su queja es sobre la calidad de la atención, tiene dos opciones:

- Puede presentar su queja sobre la calidad de la atención directamente a la QIO.
- Puede presentar su queja ante la QIO y ante nuestro plan. Si presenta una queja ante la QIO, colaboraremos con ellos para resolverla.

La QIO es un grupo de médicos en ejercicio y otros expertos en atención médica pagados por el gobierno federal para supervisar y mejorar la atención brindada a los pacientes de Medicare. Para obtener más información sobre la QIO, consulte la **Sección H2** o el **Capítulo 2** de este *Manual del Miembro*.

En Rhode Island, la QIO se llama Acentra Health. El número de teléfono de Acentra Health es 1-888-319-8452, de lunes a viernes de 9:00 a. m. a 5:00 p. m.; sábados, domingos y festivos de 10:00 a. m. a 4:00 p. m. Hay un buzón de voz disponible las 24 horas. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.



Si tiene alguna pregunta, llame a Neighborhood INTEGRITY for Duals al 1-844-812-6896 (TTY 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes (puede dejar un mensaje de voz los sábados, domingos y días festivos federales). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

Capítulo 10: Finalización de su membresía en nuestro plan

Introducción

Este capítulo explica cómo puede cancelar su membresía en nuestro plan y sus opciones de cobertura médica después de hacerlo. Si se da de baja de nuestro plan, seguirá inscrito en los programas Medicare y Medicaid de Rhode Island mientras sea elegible. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo de este *Manual del Miembro*.

Tabla de contenido

A. ¿Cuándo puede finalizar su membresía en nuestro plan?	217
B. Cómo finalizar su membresía en nuestro plan	218
C. Cómo obtener los servicios de Medicare y Medicaid de Rhode Island por separado	218
C1. Sus servicios de Medicare	218
C2. Sus servicios de Medicaid de Rhode Island	221
D. Sus artículos médicos, servicios y medicamentos hasta que finalice su membresía en nuestro plan	222
E. Otras situaciones en las que finaliza su membresía en nuestro plan	222
F. Reglas en contra de solicitarle que abandone nuestro plan por cualquier motivo relacionado con la salud	223
G. Su derecho a presentar una queja si finalizamos su membresía en nuestro plan	223
H. Cómo obtener más información sobre cómo finalizar su membresía del plan	224



Si tiene alguna pregunta, llame a Neighborhood INTEGRITY for Duals al 1-844-812-6896 (TTY 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes (puede dejar un mensaje de voz los sábados, domingos y días festivos federales). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

A. Cuándo puede finalizar su membresía en nuestro plan

La mayoría de las personas con Medicare pueden cancelar su membresía en ciertas épocas del año. Dado que tiene Medicaid de Rhode Island, tiene opciones para cancelar su membresía con nuestro plan en cualquier mes del año.

Además, usted puede finalizar su membresía en nuestro plan durante los siguientes períodos cada año:

- El **Período de Inscripción Abierta**, que dura del 15 de octubre al 7 de diciembre. Si elige un nuevo plan durante este período, su membresía en nuestro plan finaliza el 31 de diciembre y su membresía en el nuevo plan comienza el 1 de enero.
- El **Período de Inscripción Abierta de Medicare Advantage (MA)**, que dura del 1 de enero al 31 de marzo y, para los nuevos beneficiarios de Medicare inscritos en un plan, desde el mes en que adquieren la cobertura de las Partes A y B hasta el último día del tercer mes de la misma. Si elige un nuevo plan durante este período, su membresía en el nuevo plan comienza el primer día del mes siguiente.

Puede haber otras situaciones en las que sea elegible para realizar un cambio en su inscripción. Por ejemplo, cuando:

- se mudará fuera de nuestra área de servicio,
- su elegibilidad para Medicaid de Rhode Island o para recibir Ayuda Adicional ha cambiado, **o bien**
- se mudó recientemente, actualmente recibe atención o acaba de mudarse de una residencia para ancianos o de un centro de cuidados prolongados.

Su membresía finaliza el último día del mes en que recibamos su solicitud de cambio de plan. Por ejemplo, si recibimos su solicitud el 18 de enero, su cobertura con nuestro plan finaliza el 31 de enero. Su nueva cobertura comienza el primer día del mes siguiente (1 de febrero, en este ejemplo).

Si abandona nuestro plan podrá obtener información sobre lo siguiente:

- Sus opciones de Medicare en el cuadro de la **Sección C1**.
- Sus servicios de Medicaid en la **Sección C2**.

Puede obtener más información sobre cómo finalizar su membresía llamando al:

- Servicios para Miembros al número que aparece al final de esta página. El número para usuarios de TTY también está incluido.
- Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.



Si tiene alguna pregunta, llame a Neighborhood INTEGRITY for Duals al 1-844-812-6896 (TTY 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes (puede dejar un mensaje de voz los sábados, domingos y días festivos federales). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

- Programa Estatal de Asistencia de Seguro de Salud (SHIP), al 1-888-884-8721. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.

NOTA: Si participa en un programa de administración de medicamentos (drug management program, PGM), es posible que no pueda cambiar de plan. Consulte el **Capítulo 5** de este *Manual del Miembro* para obtener información sobre los programas de administración de medicamentos.

B. Cómo finalizar su membresía en nuestro plan

Si decide cancelar su membresía, puede inscribirse en otro plan de Medicare o cambiarse a Medicare Original. Sin embargo, si desea cambiarse de nuestro plan a Medicare Original, pero no ha seleccionado un plan de medicamentos de Medicare por separado, debe solicitar la cancelación de su membresía. Hay dos maneras de solicitar la cancelación:

- Puede presentarnos una solicitud por escrito. Si necesita más información sobre cómo hacerlo, comuníquese con el Servicio para Miembros al número que aparece al final de esta página.
- Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY (personas con dificultades auditivas o del habla) deben llamar al 1-877-486-2048. Al llamar al 1-800-MEDICARE, también puede inscribirse en otro plan de salud o medicamentos de Medicare. Para obtener más información sobre cómo obtener sus servicios de Medicare al cancelar su plan, consulte el cuadro de la página 200.

C. Cómo obtener los servicios de Medicare y Medicaid de Rhode Island por separado

Tiene opciones para obtener sus servicios de Medicare y Medicaid si decide abandonar nuestro plan.

C1. Sus servicios de Medicare

Tiene tres opciones para obtener sus servicios de Medicare, que se indican a continuación, en cualquier mes del año. Tiene una opción adicional, que se indica a continuación, durante ciertas épocas del año, como el **Período de Inscripción Abierta** y el **Período de Inscripción Abierta de Medicare Advantage**, u otras situaciones descritas en la **Sección A**. Al elegir una de estas opciones, cancela automáticamente su membresía en nuestro plan.



Si tiene alguna pregunta, llame a Neighborhood INTEGRITY for Duals al 1-844-812-6896 (TTY 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes (puede dejar un mensaje de voz los sábados, domingos y días festivos federales). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

<p>1. Puede cambiar a:</p> <p>Un plan del Programa de Atención Integral para Personas Mayores (PACE), si califica.</p>	<p>Esto es lo que debe hacer:</p> <p>Llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.</p> <p>Para consultas sobre el Programa de Atención Integral para Personas Mayores (PACE), llame al 1-877-781-7223 (TTY 1-800-745-5555).</p> <p>Si necesita ayuda o más información:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Llame al Programa Estatal de Asistencia de Seguro Médico (SHIP) Al 1-888-884-8721 (TTY 711), de 8:30 a. m. a 4:00 p. m., de lunes a viernes. Para obtener más información o encontrar una oficina local de SHIP en su área, visite www.oha.ri.gov.
<p>2. Puede cambiar a:</p> <p>Medicare Original con un plan de medicamentos de Medicare separado</p>	<p>Esto es lo que debe hacer:</p> <p>Llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.</p> <p>Si necesita ayuda o más información:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Llame al Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (SHIP) al 1-888-884-8721 (TTY 711), de 8:30 a. m. a 4:00 p. m., de lunes a viernes. Para obtener más información o encontrar una oficina local del SHIP en su área, visite www.oha.ri.gov <p>O</p> <p>Inscribirse en un nuevo plan de medicamentos de Medicare.</p> <p>Se le cancelará automáticamente su inscripción a nuestro plan cuando comience su cobertura de Medicare Original.</p> <p>Estará inscrito en el programa de pago por servicio (FFS) de Medicaid de Rhode Island para sus servicios de Medicaid.</p>



Si tiene alguna pregunta, llame a Neighborhood INTEGRITY for Duals al 1-844-812-6896 (TTY 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes (puede dejar un mensaje de voz los sábados, domingos y días festivos federales). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpi.org/INTEGRITYDuals.

<p>3. Puede cambiar a:</p> <p>Medicare Original sin un plan de medicamentos de Medicare separado</p> <p>NOTA: Si cambia a Medicare Original y no se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare separado, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que le diga a Medicare que no desea unirse.</p> <p>Solo debe cancelar su cobertura de medicamentos si ya cuenta con ella de otra fuente, como un empleador o un sindicato. Si tiene preguntas sobre si necesita cobertura de medicamentos, llame al Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (SHIP) al 1-888-884-8721 (TTY 711), de lunes a viernes de 8:30 a. m. a 4:00 p. m. Para obtener más información o encontrar una oficina local del SHIP en su área, visite www.oha.ri.gov.</p>	<p>Esto es lo que debe hacer:</p> <p>Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.</p> <p>Si necesita ayuda o más información:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Llame al Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico al 1-888-884-8721 (TTY 711), de 8:30 a. m. a 4:00 p. m., de lunes a viernes. Para obtener más información o encontrar una oficina local del SHIP en su área, visite www.oha.ri.gov. <p>Se le cancelará automáticamente su inscripción a nuestro plan cuando comience su cobertura de Medicare Original.</p> <p>Estará inscrito en el programa de pago por servicio (FFS) de Medicaid de Rhode Island para sus servicios de Medicaid.</p>
--	--



Si tiene alguna pregunta, llame a Neighborhood INTEGRITY for Duals al 1-844-812-6896 (TTY 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes (puede dejar un mensaje de voz los sábados, domingos y días festivos federales). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

<p>4. Puede cambiar a:</p> <p>Cualquier plan de salud de Medicare durante ciertos momentos del año, incluido el Período de inscripción abierta y el Período de inscripción abierta de Medicare Advantage u otras situaciones descritas en la Sección A.</p>	<p>Esto es lo que debe hacer:</p> <p>Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.</p> <p>Para consultas sobre el Programa de Atención Integral para Personas Mayores (PACE), llame al 1-877-781-7223 (TTY 1-800-745-5555).</p> <p>Si necesita ayuda o más información:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Llame al Programa Estatal de Asistencia de Seguro Médico Al 1-888-884-8721 (TTY 711), de 8:30 a. m. a 4:00 p. m., de lunes a viernes. Para obtener más información o encontrar una oficina local de SHIP en su área, visite www.oha.ri.gov. <p>O</p> <p>Inscribirse en un nuevo plan de Medicare.</p> <p>Se le cancelará automáticamente su inscripción a nuestro plan de Medicare cuando comience la cobertura de su nuevo plan.</p> <p>Estará inscrito en el programa de pago por servicio (Fee for Service, FFS) de Medicaid de Rhode Island para sus servicios de Medicaid.</p>
--	--

C2. Sus servicios de Medicaid de Rhode Island

Si tiene preguntas sobre cómo obtener sus servicios de Medicaid de Rhode Island, incluidos los servicios y apoyos a largo plazo (LTSS), después de dejar nuestro plan, comuníquese con el Departamento de Servicios Humanos de Rhode Island (DHS) al 1-855-697-4347. Los usuarios de TTY deben llamar al 711. Su horario de atención es de lunes a viernes, de 8:30 a. m. a 3:30 p. m. Pregunte cómo afecta la forma en que obtiene su cobertura de Medicaid de Rhode Island unirse a otro plan o regresar a Medicare Original.



Si tiene alguna pregunta, llame a Neighborhood INTEGRITY for Duals al 1-844-812-6896 (TTY 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes (puede dejar un mensaje de voz los sábados, domingos y días festivos federales). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

D. Sus artículos médicos, servicios y medicamentos hasta que finalice su membresía en nuestro plan

Si cancela su membresía, podría pasar un tiempo hasta que finalice su membresía y comience su nueva cobertura de Medicare y Medicaid. Durante este tiempo, seguirá recibiendo sus medicamentos y atención médica a través de nuestro plan hasta que comience su nuevo plan.

- Utilice nuestros proveedores de red para recibir atención médica.
- Utilice nuestras farmacias de la red, incluso a través de nuestros servicios de farmacia por correo, para surtir sus recetas.
- Si está hospitalizado el día que finaliza su membresía en Neighborhood INTEGRITY for Duals, nuestro plan cubrirá su hospitalización hasta que reciba el alta. Esto ocurrirá incluso si su nueva cobertura médica comienza antes de recibir el alta.

E. Otras situaciones en las que finaliza su membresía en nuestro plan

Estos son los casos en los que debemos finalizar su membresía en nuestro plan:

- Si hay una interrupción en su cobertura de Parte A y Parte B de Medicare.
- Si ya no califica para Medicaid, nuestro plan es para personas que califican tanto para Medicare como para Medicaid.
- Si está internado en el Hospital Eleanor Slater del Hospital Psiquiátrico Estatal de Rhode Island durante más de siete (7) días.
- Si se muda fuera de nuestra área de servicio.
- Si estará fuera de nuestra área de servicio durante más de seis meses.
 - Si se muda o realiza un viaje largo, llame a Servicios para Miembros para averiguar si el lugar al que se muda o al que viajará se encuentra dentro del área de servicio de nuestro plan.
- Si usted va a la cárcel o prisión por un delito penal.
- Si miente u oculta información sobre otros seguros que tiene para medicamentos.
- Si no es ciudadano de los Estados Unidos o no se encuentra legalmente en los Estados Unidos.
 - Debe ser ciudadano de los Estados Unidos o estar legalmente presente en los Estados Unidos para ser miembro de nuestro plan.



Si tiene alguna pregunta, llame a Neighborhood INTEGRITY for Duals al 1-844-812-6896 (TTY 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes (puede dejar un mensaje de voz los sábados, domingos y días festivos federales). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

- Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS) nos notifican si usted no es elegible para seguir siendo miembro sobre esta base.
- Debemos cancelar su inscripción si no cumple con este requisito.

Si se encuentra dentro del período de 3 meses de elegibilidad continua considerada de nuestro plan, seguiremos brindándole todos los beneficios de Medicare cubiertos por el plan Medicare Advantage. Sin embargo, durante este período, no seguiremos cubriendo los beneficios de Medicaid incluidos en el Plan Estatal de Medicaid correspondiente, ni pagaremos las primas ni los costos compartidos de Medicare que el estado debería cubrir si no hubiera perdido su elegibilidad para Medicaid. El monto que paga por los servicios cubiertos por Medicare puede aumentar durante este período.

Podemos obligarlo a abandonar nuestro plan por los siguientes motivos solo si primero obtenemos el permiso de Medicare y Medicaid:

- Si usted nos proporciona intencionalmente información incorrecta al inscribirse en nuestro plan y esa información afecta su elegibilidad para nuestro plan.
- Si continuamente se comporta de una manera que resulta disruptiva y nos dificulta brindarle atención médica a usted y a otros miembros de nuestro plan.
- Si permite que otra persona use su tarjeta de identificación de miembro para recibir atención médica. (Medicare podría solicitar al Inspector General que investigue su caso si cancelamos su membresía por este motivo).

F. Reglas que nos prohíben solicitarle que abandone nuestro plan por cualquier motivo relacionado con la salud

No podemos pedirle que abandone nuestro plan por ningún motivo relacionado con su salud. Si cree que le estamos pidiendo que abandone nuestro plan por un motivo de salud, **llame a Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

G. Su derecho a presentar una queja si finalizamos su membresía en nuestro plan

Si cancelamos su membresía en nuestro plan, debemos informarle por escrito los motivos. También debemos explicarle cómo puede presentar una queja o reclamo sobre nuestra decisión de cancelar su membresía. También puede consultar el **Capítulo 9** de este *Manual del Miembro* para obtener información sobre cómo presentar una queja.



Si tiene alguna pregunta, llame a Neighborhood INTEGRITY for Duals al 1-844-812-6896 (TTY 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes (puede dejar un mensaje de voz los sábados, domingos y días festivos federales). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

H. Cómo obtener más información sobre cómo finalizar su membresía del plan

Si tiene preguntas o desea más información sobre cómo finalizar su membresía, puede llamar a Servicios para Miembros al número que aparece al final de esta página.



Si tiene alguna pregunta, llame a Neighborhood INTEGRITY for Duals al 1-844-812-6896 (TTY 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes (puede dejar un mensaje de voz los sábados, domingos y días festivos federales). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

Capítulo 11: Avisos legales

Introducción

Este capítulo incluye avisos legales aplicables a su membresía en nuestro plan. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo de este *Manual del Miembro*.

- A. Aviso sobre las leyes 226
- B. Aviso sobre no discriminación 226
- C. Aviso sobre Medicare como segundo pagador y Medicaid de Rhode Island como pagador de último recurso 227



Si tiene alguna pregunta, llame a Neighborhood INTEGRITY for Duals al 1-844-812-6896 (TTY 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes (puede dejar un mensaje de voz los sábados, domingos y días festivos federales). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

A. Aviso sobre leyes

Muchas leyes se aplican a este *Manual del Miembro*. Estas leyes pueden afectar sus derechos y responsabilidades, incluso si no se incluyen ni se explican en este *Manual*. Las principales leyes aplicables son las leyes federales sobre los programas Medicare y Medicaid de Rhode Island. También pueden aplicarse otras leyes federales y estatales.

B. Aviso sobre no discriminación

Toda empresa o agencia que trabaja con Medicare y Medicaid debe cumplir con las leyes que lo protegen contra la discriminación o el trato injusto. No lo discriminamos ni lo tratamos de manera diferente por su raza, etnia, origen nacional, color, religión, sexo, edad, discapacidad mental o física, estado de salud, historial de reclamaciones, historial médico, información genética, evidencia de asegurabilidad o ubicación geográfica dentro del área de servicio. Además, no puede recibir un trato diferente por sus apelaciones de atención médica, comportamiento, identidad de género, expresión de género, capacidad mental, recepción de atención médica o uso de servicios de atención médica.

Es nuestra responsabilidad tratarlo con dignidad y respeto en todo momento.

Si desea más información o tiene inquietudes sobre discriminación o trato injusto:

- Llame al Departamento de Salud y Servicios Humanos, Oficina de Derechos Civiles, al 1-800-368-1019. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-800-537-7697. También puede visitar www.hhs.gov/ocr para obtener más información.
- Llame a su oficina local de Derechos Civiles.
 - Para más información, visite www.richr.ri.gov/.
 - Oficial de Relaciones Comunitarias del Departamento de Servicios Humanos de Rhode Island: 1-401-462-6427. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.
- Si tiene una discapacidad y necesita ayuda para acceder a servicios de atención médica o a un proveedor, llame a Servicios para Miembros. Si tiene una queja, como un problema con el acceso para sillas de ruedas, Servicios para Miembros puede ayudarle.



Si tiene alguna pregunta, llame a Neighborhood INTEGRITY for Duals al 1-844-812-6896 (TTY 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes (puede dejar un mensaje de voz los sábados, domingos y días festivos federales). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

C. Aviso sobre Medicare como segundo pagador y Medicaid de Rhode Island como pagador de último recurso

A veces, alguien más debe pagar primero por los servicios que le brindamos. Por ejemplo, si sufre un accidente automovilístico o se lesiona en el trabajo, el seguro o la compensación laboral deben pagar primero.

Tenemos el derecho y la responsabilidad de cobrar los servicios cubiertos por Medicare para los cuales Medicare no es el primer pagador.

Cumplimos con las leyes y regulaciones federales y estatales relativas a la responsabilidad legal de terceros por los servicios de atención médica prestados a los miembros. Tomamos todas las medidas razonables para garantizar que Medicaid de Rhode Island sea el pagador de última instancia.



Si tiene alguna pregunta, llame a Neighborhood INTEGRITY for Duals al 1-844-812-6896 (TTY 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes (puede dejar un mensaje de voz los sábados, domingos y días festivos federales). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

Capítulo 12: Definiciones de palabras importantes

Introducción

Este capítulo incluye los términos clave utilizados en este *Manual del Miembro* y sus definiciones. Los términos están ordenados alfabéticamente. Si no encuentra el término que busca o necesita más información que la que se incluye en la definición, comuníquese con Servicios para Miembros.

Actividades de la vida diaria (activities of daily living, ADL): Las cosas que las personas hacen en un día normal, como comer, usar el baño, vestirse, bañarse o cepillarse los dientes.

Juez de derecho administrativo: Juez que revisa una apelación de nivel 3.

Programa de asistencia de medicamentos para el SIDA (AIDS drug assistance program, ADAP): Un programa que ayuda a las personas elegibles que viven con VIH/SIDA a tener acceso a medicamentos contra el VIH que les salvan la vida.

Centro quirúrgico ambulatorio: Un establecimiento que proporciona cirugía ambulatoria a pacientes que no necesitan atención hospitalaria y que no se espera que necesiten más de 24 horas de atención.

Apelación: Una forma de impugnar nuestra acción si usted considera que cometimos un error. Puede solicitarnos que modifiquemos una decisión de cobertura presentando una apelación. El **Capítulo 9** de este *Manual del Miembro* explica las apelaciones, incluido cómo presentar una apelación.

Salud conductual: Un término general que se refiere a la salud mental y los trastornos relacionados con el consumo de sustancias.

Producto biológico: Un medicamento elaborado a partir de fuentes naturales y vivas, como células animales, células vegetales, bacterias o levaduras. Los productos biológicos son más complejos que otros medicamentos y no se pueden copiar con exactitud, por lo que las formas alternativas se denominan biosimilares. (Consulte también “Producto biológico original” y “Biosimilar”).

Biosimilar: Un producto biológico muy similar, pero no idéntico, al producto biológico original. Los biosimilares son tan seguros y eficaces como el producto biológico original. Algunos biosimilares pueden sustituir al producto biológico original en la farmacia sin necesidad de una nueva receta. (Consulte la sección “Biosimilares intercambiables”).

Medicamento de marca: Un medicamento fabricado y comercializado por la compañía que lo fabricó originalmente. Los medicamentos de marca tienen los mismos ingredientes que las versiones genéricas. Los medicamentos genéricos suelen ser fabricados y comercializados por



Si tiene alguna pregunta, llame a Neighborhood INTEGRITY for Duals al 1-844-812-6896 (TTY 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes (puede dejar un mensaje de voz los sábados, domingos y días festivos federales). La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

otras compañías farmacéuticas y, por lo general, no están disponibles hasta que la patente del medicamento de marca haya expirado.

Administrador de atención: Una persona principal que trabaja con usted, con el plan de salud y con sus proveedores de atención para asegurarse de que reciba la atención que necesita.

Plan de atención: Un plan que define los servicios que recibirá y cómo los recibirá. Su plan puede incluir servicios médicos, servicios de salud conductual y servicios y apoyos a largo plazo.

Equipo de atención: Un equipo de atención puede incluir médicos, enfermeras, consejeros u otros profesionales de la salud que están ahí para ayudarle a obtener la atención que necesita. Su equipo de atención también le ayuda a elaborar un plan de atención.

Etapas de cobertura catastrófica: Etapa del beneficio de medicamentos de la Parte D de Medicare en la que nuestro plan cubre todos los costos de sus medicamentos hasta el final del año. Comienza esta etapa cuando usted (u otras partes calificadas en su nombre) ha gastado \$2,100 en medicamentos cubiertos por la Parte D durante el año. No paga nada.

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS): La agencia federal a cargo de Medicare. El **Capítulo 2** de este *Manual del Miembro* explica cómo contactar a los CMS.

Queja: Una declaración escrita o verbal que indica que tiene un problema o inquietud sobre los servicios o la atención cubiertos. Esto incluye cualquier inquietud sobre la calidad del servicio, la calidad de su atención, los proveedores o las farmacias de nuestra red. El nombre formal para "presentar una queja" es "presentar una queja formal".

Centro de rehabilitación ambulatoria integral (comprehensive outpatient rehabilitation facility, CORF): Centro que ofrece principalmente servicios de rehabilitación tras una enfermedad, accidente u operación importante. Ofrece diversos servicios, como fisioterapia, servicios sociales o psicológicos, terapia respiratoria, terapia ocupacional, logopedia y evaluación del entorno familiar.

Continuidad de la atención: Un enfoque para garantizar que el equipo de atención centrado en el paciente participe de forma cooperativa en la gestión continua de la atención médica hacia el objetivo común de una atención médica de alta calidad. La continuidad de la atención promueve la seguridad del paciente y garantiza la calidad de la atención a lo largo del tiempo. Promover la continuidad de la atención implica compartir la información médica del paciente entre los proveedores y garantizar que el paciente tenga transiciones seguras y coordinadas entre diferentes centros de atención médica y proveedores.

Copago: Una cantidad fija que usted paga como parte del costo cada vez que recibe ciertos servicios o medicamentos. Por ejemplo, podría pagar \$2 o \$5 por un servicio o medicamento.



Si tiene alguna pregunta, llame a Neighborhood INTEGRITY for Duals al 1-844-812-6896 (TTY 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes (puede dejar un mensaje de voz los sábados, domingos y días festivos federales). La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

Costos compartidos: Cantidades que debe pagar al obtener ciertos servicios o medicamentos. Los costos compartidos incluyen copagos.

Nivel de costo compartido: Un grupo de medicamentos con el mismo copago. Todos los medicamentos de la *Lista de Medicamentos Cubiertos* (también conocida como *Lista de Medicamentos*) están en uno de los cinco (5) niveles de costo compartido. En general, cuanto más alto sea el nivel de costo compartido, mayor será el costo del medicamento.

Decisión de cobertura: Una decisión sobre los beneficios que cubrimos. Esto incluye decisiones sobre medicamentos y servicios cubiertos o el monto que pagamos por sus servicios de salud. El **Capítulo 9** de este *Manual del Miembro* explica cómo solicitamos una decisión de cobertura.

Medicamentos cubiertos: El término que utilizamos para referirnos a todos los medicamentos recetados y de venta libre (OTC) cubiertos por nuestro plan.

Servicios cubiertos: El término general que usamos para referirnos a toda la atención médica, servicios y apoyos a largo plazo, suministros, medicamentos recetados y de venta libre, equipos y otros servicios que cubre nuestro plan.

Tarifa diaria de costo compartido: Una tarifa que puede aplicarse cuando su médico le receta un suministro inferior a un mes completo de ciertos medicamentos y usted debe pagar un copago. La tarifa diaria de costo compartido es el copago dividido entre el número de días del suministro mensual.

Por ejemplo: Supongamos que el copago de su medicamento para un suministro de un mes completo (30 días) es de \$1.60. Esto significa que el monto que paga por su medicamento es inferior a \$0.05 al día. Si obtiene un suministro de 7 días, su pago es inferior a \$0.05 al día multiplicado por 7 días, lo que da un pago total inferior a \$0.37.

Baja: El proceso para dar por terminada su membresía en nuestro plan. La baja puede ser voluntaria (por decisión propia) o involuntaria (por decisión ajena).

Programa de gestión de medicamentos (DMP): un programa que ayuda a garantizar que los miembros utilicen de forma segura los opioides recetados y otros medicamentos de los que se abusa con frecuencia.

Niveles de medicamentos: Grupos de medicamentos en nuestra *Lista de Medicamentos*. Los medicamentos genéricos, de marca o de venta libre (OTC) son ejemplos de niveles de medicamentos. Cada medicamento de la *Lista de Medicamentos* se encuentra en uno de los cinco (5) niveles.

Plan de Necesidades Especiales con Doble Elegibilidad (D-SNP): Plan de salud que atiende a personas elegibles tanto para Medicare como para Medicaid. Nuestro plan es un D-SNP.



Si tiene alguna pregunta, llame a Neighborhood INTEGRITY for Duals al 1-844-812-6896 (TTY 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes (puede dejar un mensaje de voz los sábados, domingos y días festivos federales). La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

Equipo médico duradero (EMD): Ciertos artículos que su médico le receta para usar en su hogar. Algunos ejemplos son sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchón eléctricos, suministros para diabéticos, camas de hospital solicitadas por un proveedor para uso domiciliario, bombas de infusión intravenosa, dispositivos de generación de voz, equipos y suministros de oxígeno, nebulizadores y andadores.

Emergencia: Una emergencia médica en la que usted, o cualquier otra persona con conocimientos promedio de salud y medicina, considera que presenta síntomas que requieren atención médica inmediata para prevenir la muerte, la pérdida de una parte del cuerpo o la pérdida o deterioro grave de una función corporal (y, si está embarazada, la pérdida del feto). Los síntomas pueden ser una enfermedad, una lesión, un dolor intenso o una afección médica que empeora rápidamente.

Atención de emergencia: Servicios cubiertos brindados por un proveedor capacitado para brindar servicios de emergencia y necesarios para tratar una emergencia médica o de salud conductual.

Excepción: Permiso para obtener cobertura para un medicamento que normalmente no está cubierto o para usar el medicamento sin ciertas reglas y limitaciones.

Servicios excluidos: Servicios que no están cubiertos por este plan de salud.

Ayuda adicional: Programa de Medicare que ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a reducir los costos de los medicamentos de la Parte D de Medicare, como primas, deducibles y copagos. La Ayuda adicional también se conoce como "Subsidio para Personas de Bajos Ingresos" o "LIS".

Medicamento genérico: Un medicamento aprobado por la FDA para usarse en lugar de un medicamento de marca. Un medicamento genérico tiene los mismos ingredientes que uno de marca. Suele ser más económico y funciona igual de bien que el medicamento de marca.

Queja: Una queja que usted presenta sobre nosotros o sobre uno de nuestros proveedores o farmacias de la red. Esto incluye una queja sobre la calidad de su atención o la calidad del servicio que le brinda su plan de salud.

Plan de salud: Una organización compuesta por médicos, hospitales, farmacias, proveedores de servicios a largo plazo y otros proveedores. También cuenta con coordinadores de atención que le ayudan a gestionar todos sus proveedores y servicios. Todos ellos trabajan en conjunto para brindarle la atención que necesita.

Evaluación de riesgos para la salud (ERS): Una revisión de su historial médico y estado de salud actual. Se utiliza para conocer su salud y cómo podría cambiar en el futuro.



Si tiene alguna pregunta, llame a Neighborhood INTEGRITY for Duals al 1-844-812-6896 (TTY 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes (puede dejar un mensaje de voz los sábados, domingos y días festivos federales). La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

Auxiliar de salud a domicilio: Persona que presta servicios que no requieren las habilidades de un enfermero o terapeuta colegiado, como ayuda con el cuidado personal (bañarse, usar el baño, vestirse o realizar los ejercicios indicados por el médico). Los auxiliares de salud a domicilio no tienen licencia de enfermería ni ofrecen terapia.

Cuidados paliativos: Un programa de atención y apoyo para ayudar a las personas con pronóstico terminal a vivir cómodamente. Un pronóstico terminal significa que una persona ha sido certificada médicamente como enferma terminal, lo que significa que tiene una esperanza de vida de 6 meses o menos.

- Un miembro que tenga un pronóstico terminal tiene derecho a elegir cuidados paliativos.
- Un equipo especialmente capacitado de profesionales y cuidadores brinda atención a la persona en su totalidad, incluidas las necesidades físicas, emocionales, sociales y espirituales.
- Estamos obligados a proporcionarle una lista de proveedores de cuidados paliativos en su área geográfica.

Organización de Revisión Independiente (IRO): Una organización independiente contratada por Medicare que revisa una apelación de nivel 2. No está vinculada con nosotros ni es una agencia gubernamental. Esta organización decide si la decisión que tomamos es correcta o si debe modificarse. Medicare supervisa su trabajo. Su nombre oficial es **Entidad de Revisión Independiente**.

Etapas de cobertura inicial: La etapa antes de que sus gastos totales de medicamentos de la Parte D de Medicare alcancen los \$2,100. Esto incluye los montos que usted pagó, lo que nuestro plan pagó en su nombre y el subsidio para personas con bajos ingresos. Comienza en esta etapa cuando surte su primera receta del año. Durante esta etapa, nosotros pagamos parte del costo de sus medicamentos y usted paga la parte que le corresponde.

Paciente internado: Término utilizado cuando usted está ingresado formalmente en el hospital para recibir servicios médicos especializados. Si no está ingresado formalmente, podría ser considerado paciente externo o ambulatorio en lugar de internado, incluso si pasa la noche.

Biosimilar intercambiable: Un biosimilar que puede sustituirse en la farmacia sin necesidad de una nueva receta, ya que cumple con los requisitos adicionales sobre la posibilidad de sustitución automática. La sustitución automática en la farmacia está sujeta a la ley estatal.

Lista de Medicamentos Cubiertos (Lista de Medicamentos): Una lista de medicamentos con y sin receta que cubrimos. Seleccionamos los medicamentos de esta lista con la ayuda de médicos y farmacéuticos. La *Lista de Medicamentos* le indica si hay alguna regla que deba seguir para obtener sus medicamentos. A veces se le llama "formulario".

Servicios y apoyos a largo plazo (LTSS): Estos servicios ayudan a mejorar una condición



Si tiene alguna pregunta, llame a Neighborhood INTEGRITY for Duals al 1-844-812-6896 (TTY 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes (puede dejar un mensaje de voz los sábados, domingos y días festivos federales). La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

médica crónica. La mayoría de estos servicios le permiten permanecer en su hogar para que no tenga que ir a un centro de enfermería ni a un hospital. Los LTSS incluyen servicios comunitarios y centros de enfermería (NF).

Subsidio para bajos ingresos (LIS): Consulte “Ayuda adicional”

Medicaid: Un programa administrado por el gobierno federal y el estado que ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar servicios y apoyos a largo plazo y costos médicos.

Medicamento necesario: Esto describe los servicios, suministros o medicamentos que necesita para prevenir, diagnosticar o tratar una afección médica o para mantener su estado de salud actual. Esto incluye la atención que le impide ingresar en un hospital o centro de enfermería. También significa que los servicios, suministros o medicamentos cumplen con los estándares aceptados de la práctica médica.

Medicare: El programa federal de seguro médico para personas de 65 años o más, algunas personas menores de 65 años con ciertas discapacidades y personas con enfermedad renal terminal (generalmente aquellas con insuficiencia renal permanente que necesitan diálisis o un trasplante de riñón). Las personas con Medicare pueden obtener su cobertura médica a través de Medicare Original o un plan de atención médica administrada (consulte "Plan de salud").

Medicare Advantage: Un programa de Medicare, también conocido como "Parte C de Medicare" o "MA", que ofrece planes MA a través de compañías privadas. Medicare paga a estas compañías para cubrir sus beneficios de Medicare.

Período de inscripción abierta de Medicare Advantage: El período comprendido entre el 1 de enero y el 31 de marzo. Los miembros de un plan Medicare Advantage pueden cancelar su inscripción y cambiarse a otro plan Medicare Advantage u obtener cobertura a través de Medicare Original. Si decide cambiarse a Medicare Original durante este período, también puede inscribirse en un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado. El Período de Inscripción Abierta de Medicare Advantage también está disponible durante 3 meses después de que una persona sea elegible por primera vez para Medicare.

Consejo de Apelaciones de Medicare (Consejo): Un consejo que revisa una apelación de nivel 4. El Consejo es parte del gobierno federal.

Servicios cubiertos por Medicare: Servicios cubiertos por la Parte A de Medicare y la Parte B de Medicare. Todos los planes de salud de Medicare, incluido nuestro plan, deben cubrir todos los servicios cubiertos por la Parte A de Medicare. A y la Parte A de Medicare B.

Programa de prevención de diabetes de Medicare (MDPP): Un programa estructurado de cambio de comportamiento de salud que brinda capacitación en cambios dietéticos a largo plazo, aumento de la actividad física y estrategias para superar los desafíos para mantener la pérdida de peso y un estilo de vida saludable.

Afiliado a Medicare-Medicaid: Persona que cumple los requisitos para la cobertura de Medicare y Medicaid. A un afiliado a Medicare-Medicaid también se le denomina "persona con doble elegibilidad".



Si tiene alguna pregunta, llame a Neighborhood INTEGRITY for Duals al 1-844-812-6896 (TTY 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes (puede dejar un mensaje de voz los sábados, domingos y días festivos federales). La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

Parte A de Medicare: El programa de Medicare que cubre la mayoría de los cuidados hospitalarios, en centros de enfermería especializada, atención médica domiciliaria y cuidados paliativos médicamente necesarios.

Parte B de Medicare: El programa de Medicare cubre servicios (como análisis de laboratorio, cirugías y consultas médicas) y suministros (como sillas de ruedas y andadores) médicamente necesarios para tratar una enfermedad o afección. La Parte B de Medicare también cubre muchos servicios preventivos y de detección.

Parte C de Medicare: El programa de Medicare, también conocido como “Medicare Advantage” o “MA”, que permite a las compañías de seguros de salud privadas proporcionar beneficios de Medicare a través de un plan MA.

Parte D de Medicare: El programa de beneficios de medicamentos de Medicare. Lo llamamos “Parte D” para abreviar. La Parte D de Medicare cubre medicamentos para pacientes ambulatorios, vacunas y algunos suministros que no están cubiertos por la Parte A o Parte B de Medicare ni Medicaid. Nuestro plan incluye Parte D de Medicare.

Medicamentos de la Parte D de Medicare: medicamentos cubiertos por la Parte D de Medicare. El Congreso excluye específicamente ciertas categorías de medicamentos de la cobertura de la Parte D de Medicare. Medicaid puede cubrir algunos de estos medicamentos.

Administración de Terapia con Medicamentos (MTM): Un programa de la Parte D de Medicare para necesidades de salud complejas, disponible para personas que cumplen ciertos requisitos o participan en un Programa de Administración de Medicamentos. Los servicios de MTM suelen incluir una consulta con un farmacéutico o profesional de la salud para revisar los medicamentos. Consulte el **Capítulo 5** de este *Manual del Miembro* para obtener más información.

Miembro (miembro de nuestro plan o miembro del plan): Una persona con Medicare y Medicaid que califica para recibir servicios cubiertos, que se ha inscrito en nuestro plan y cuya inscripción ha sido confirmada por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS) y el estado.

Manual del miembro y divulgación de información: Este documento, junto con su formulario de inscripción y cualquier otro anexo o cláusula adicional, que explica su cobertura, lo que debemos hacer, sus derechos y lo que debe hacer como miembro de nuestro plan.

Servicios para Miembros: Un departamento de nuestro plan Responsable de responder sus preguntas sobre membresía, beneficios, quejas y apelaciones. Consulte el **Capítulo 2** de este *Manual del Miembro* para obtener más información sobre Servicios para Miembros.

Farmacia de la red: Una farmacia que aceptó surtir las recetas de los miembros de nuestro plan. Las llamamos “farmacias de la red” porque aceptaron colaborar con nuestro plan. En la mayoría de los casos, solo cubrimos sus recetas si se surten en una de nuestras farmacias de la red.

Proveedor de la red: “Proveedor” es el término general que usamos para referirnos a médicos,



Si tiene alguna pregunta, llame a Neighborhood INTEGRITY for Duals al 1-844-812-6896 (TTY 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes (puede dejar un mensaje de voz los sábados, domingos y días festivos federales). La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

enfermeros y otras personas que le brindan servicios y atención. El término también incluye hospitales, agencias de atención médica a domicilio, clínicas y otros lugares que le brindan servicios de atención médica, equipo médico, servicios y apoyo a largo plazo.

- Están autorizados o certificados por Medicare y por el estado para brindar servicios de atención médica.
- Los llamamos “proveedores de la red” cuando aceptan trabajar con nuestro plan de salud, aceptan nuestro pago y no cobran a los miembros un monto adicional.
- Mientras sea miembro de nuestro plan, debe usar proveedores de la red para obtener los servicios cubiertos. Los proveedores de la red también se denominan “proveedores del plan”.

Residencia o centro de ancianos: Un lugar que brinda atención a personas que no pueden recibirla en casa pero que no necesitan estar en el hospital.

Período de inscripción abierta: El período del 15 de octubre al 7 de diciembre de cada año en el que los miembros pueden cambiar sus planes de salud o medicamentos o cambiarse a Medicare Original.

Determinación de la organización: Nuestro plan toma una determinación de la organización cuando nosotros, o uno de nuestros proveedores, decidimos si los servicios están cubiertos o cuánto debe pagar por ellos. Estas determinaciones se denominan “decisiones de cobertura”. El **Capítulo 9** de este *Manual del Miembro* explica las decisiones de cobertura.

Producto Biológico Original: Un producto biológico aprobado por la FDA que sirve de referencia para los fabricantes que elaboran una versión biosimilar. También se denomina producto de referencia.

Medicare Original (Medicare tradicional o Medicare de pago por servicio): El gobierno ofrece Medicare Original. Con Medicare Original, los servicios se cubren pagando a médicos, hospitales y otros proveedores de atención médica las cantidades que determina el Congreso.

- Puede acudir a cualquier médico, hospital u otro proveedor de atención médica que acepte Medicare. Medicare Original consta de dos partes: Parte A de Medicare (seguro hospitalario) y Parte B de Medicare (seguro médico).
- Medicare Original está disponible en todas partes de los Estados Unidos.
- Si no desea estar en nuestro plan, puede elegir Medicare Original.

Farmacia fuera de la red: Una farmacia que no ha acordado colaborar con nuestro plan para coordinar o proporcionar medicamentos cubiertos a los miembros. Nuestro plan no cubre la mayoría de los medicamentos que obtiene en farmacias fuera de la red, a menos que se cumplan ciertas condiciones.

Proveedor o centro fuera de la red: Un proveedor o centro que no es empleado, propiedad ni está operado por nuestro plan y que no tiene contrato para brindar servicios cubiertos a los



Si tiene alguna pregunta, llame a Neighborhood INTEGRITY for Duals al 1-844-812-6896 (TTY 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes (puede dejar un mensaje de voz los sábados, domingos y días festivos federales). La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

miembros de nuestro plan. El **Capítulo 3** de este *Manual del Miembro* explica los proveedores o centros fuera de la red.

Costos de bolsillo: El requisito de compartir costos para que los miembros paguen parte de los servicios o medicamentos que reciben también se denomina requisito de “costo de bolsillo”. Consulte la definición de “costos compartidos” más arriba.

Medicamentos de venta libre (OTC): Los medicamentos de venta libre son fármacos o medicamentos que una persona puede comprar sin receta de un profesional de la salud.

Parte A: Consulte “Parte A de Medicare”.

Parte B: Consulte “Parte B de Medicare”.

Parte C: Consulte “Parte C de Medicare”.

Parte D: Consulte “Parte D de Medicare”.

Medicamentos de la Parte D: Consulte “Medicamentos de la Parte D de Medicare”.

Período de Elegibilidad Continua Presunta: Un período de elegibilidad continua presunta, también conocido como período de consideración, es una extensión temporal de la membresía del plan para personas que han perdido temporalmente la elegibilidad para un plan especializado, como un Plan de Necesidades Especiales con Doble Elegibilidad (D-SNP), por no cumplir con ciertos criterios. Esta condición temporal permite al afiliado permanecer en el plan durante un período específico para esperar razonablemente recuperar la elegibilidad, evitando así interrupciones en la cobertura y la atención médica.

Información médica personal (también llamada información médica protegida) (PHI): Información sobre usted y su salud, como su nombre, dirección, número de seguro social, consultas médicas e historial médico. Consulte nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad para obtener más información sobre cómo protegemos, usamos y divulgamos su PHI, así como sobre sus derechos con respecto a ella.

Servicios preventivos: atención médica para prevenir enfermedades o detectarlas en una etapa temprana, cuando es probable que el tratamiento funcione mejor (por ejemplo, los servicios preventivos incluyen pruebas de Papanicolaou, vacunas contra la gripe y mamografías de detección).

Proveedor de atención primaria (PCP): El médico u otro proveedor al que acude primero para la mayoría de los problemas de salud. Se asegura de que reciba la atención que necesita para mantenerse sano.

- También pueden hablar con otros médicos y proveedores de atención médica sobre su atención y derivarlo a ellos.
- En muchos planes de salud de Medicare, debe utilizar su proveedor de atención primaria antes de utilizar cualquier otro proveedor de atención médica.
- Consulte el **Capítulo 3** de este *Manual del Miembro* para obtener información sobre cómo



Si tiene alguna pregunta, llame a Neighborhood INTEGRITY for Duals al 1-844-812-6896 (TTY 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes (puede dejar un mensaje de voz los sábados, domingos y días festivos federales). La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

obtener atención de proveedores de atención primaria.

Autorización previa (PA): Debe obtener la aprobación de Neighborhood INTEGRITY for Duals antes de poder obtener un servicio o medicamento específico o acudir a un proveedor fuera de la red. Es posible que Neighborhood INTEGRITY for Duals no cubra el servicio o medicamento si no obtiene la aprobación previa.

Algunos servicios médicos de la red están cubiertos solo si su médico u otro proveedor de la red obtiene PA de nuestra parte.

- Los servicios cubiertos que requieren la autorización previa de nuestro plan están marcados en el **Capítulo 4** de este *Manual del Miembro*.

Nuestro plan cubre algunos medicamentos solo si obtiene PA de nuestra parte.

- Los medicamentos cubiertos que necesitan la autorización previa de nuestro plan están marcados en la *Lista de medicamentos cubiertos* y las reglas están publicadas en nuestro sitio web.

Programa de Atención Integral para Personas Mayores (PACE): Un programa que cubre los beneficios de Medicare y Medicaid juntos para personas de 55 años o más que necesitan un mayor nivel de atención para vivir en casa.

Prótesis y órtesis: Dispositivos médicos ordenados por su médico u otro proveedor de atención médica que incluyen, entre otros, aparatos ortopédicos para brazos, espalda y cuello, miembros artificiales, ojos artificiales y dispositivos necesarios para reemplazar una parte o función interna del cuerpo, incluidos suministros de ostomía y terapia de nutrición enteral y parenteral.

Organización para la Mejora de la Calidad (QIO): Un grupo de médicos y otros expertos en atención médica que ayudan a mejorar la calidad de la atención para los beneficiarios de Medicare. El gobierno federal financia a la QIO para que supervise y mejore la atención brindada a los pacientes. Consulte el **Capítulo 2** de este *Manual para Miembros* para obtener información sobre la QIO.

Límites de cantidad: Un límite en la cantidad de medicamento que puede tener. Podemos limitar la cantidad de medicamento que cubrimos por receta.

Herramienta de Beneficios en Tiempo Real: Un portal o aplicación informática donde los afiliados pueden consultar información completa, precisa, oportuna y clínicamente apropiada sobre medicamentos cubiertos y beneficios específicos para cada afiliado. Esto incluye los montos de costo compartido, medicamentos alternativos que pueden usarse para la misma condición médica que un medicamento específico y las restricciones de cobertura (autorización previa, terapia escalonada, límites de cantidad) que se aplican a los medicamentos alternativos.

Derivación: Una derivación es la aprobación de su PCP para usar un proveedor distinto a él o ella. Si no obtiene la aprobación previa, es posible que no cubramos los servicios. No necesita una remisión para usar ciertos especialistas, como los especialistas en salud de la mujer. Puede encontrar más información sobre las remisiones en los **Capítulos 3 y 4** de este *Manual del Miembro*.



Si tiene alguna pregunta, llame a Neighborhood INTEGRITY for Duals al 1-844-812-6896 (TTY 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes (puede dejar un mensaje de voz los sábados, domingos y días festivos federales). La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

Servicios de rehabilitación: Tratamiento que recibe para recuperarse de una enfermedad, accidente u operación importante. Consulte el **Capítulo 4** de este *Manual del Miembro* para obtener más información sobre los servicios de rehabilitación.

Rhode Island: Este es el nombre del programa Medicaid de Rhode Island. Este programa es administrado por el estado y financiado por el gobierno estatal y federal. Ayuda a personas con ingresos y recursos limitados a cubrir servicios y apoyos a largo plazo, así como costos médicos.

- Cubre servicios adicionales y algunos medicamentos no cubiertos por Medicare.
- Los programas de Medicaid varían de un estado a otro, pero la mayoría de los costos de atención médica están cubiertos si usted califica tanto para Medicare como para Medicaid.

Área de servicio: Un área geográfica donde un plan de salud acepta miembros si limita la membresía según el lugar de residencia. En el caso de los planes que limitan los médicos y hospitales que puede usar, generalmente es el área donde puede recibir servicios de rutina (no urgentes). Solo las personas que viven en nuestra área de servicio pueden inscribirse en nuestro plan.

Costo compartido: La parte de sus costos de atención médica que podría tener que pagar cada mes antes de que sus beneficios entren en vigor. El monto de su costo compartido varía según sus ingresos y recursos.

Centro de enfermería especializada (SNF): un centro de enfermería con el personal y el equipo para brindar atención de enfermería especializada y, en la mayoría de los casos, servicios de rehabilitación especializados y otros servicios de salud relacionados.

Atención en un centro de enfermería especializada (SNF): Servicios de atención de enfermería especializada y rehabilitación que se prestan de forma continua y diaria en un centro de enfermería especializada. Algunos ejemplos de atención en un centro de enfermería especializada incluyen fisioterapia o inyecciones intravenosas (IV) administradas por un enfermero titulado o un médico.

Especialista: Un médico que proporciona atención médica para una enfermedad específica o una parte del cuerpo.

Audiencia Estatal: Si su médico u otro proveedor solicita un servicio de Medicaid que no aprobaremos, o si no seguiremos pagando un servicio de Medicaid que ya recibe, puede solicitar una Audiencia Estatal. Si la Audiencia Estatal falla a su favor, debemos brindarle el servicio que solicitó.

Terapia escalonada: una regla de cobertura que requiere que usted pruebe otro medicamento antes de que cubramos el medicamento que solicita.

Atención de urgencia: Atención que recibe por una enfermedad, lesión o afección imprevista que no es una emergencia, pero que requiere atención inmediata. Puede recibir atención de urgencia de proveedores fuera de la red cuando no pueda acudir a ellos porque, debido a su tiempo, lugar o circunstancias, no es posible o no es razonable obtener servicios de proveedores de la red (por ejemplo, si se encuentra fuera del área de servicio de nuestro plan y necesita



Si tiene alguna pregunta, llame a Neighborhood INTEGRITY for Duals al 1-844-812-6896 (TTY 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes (puede dejar un mensaje de voz los sábados, domingos y días festivos federales). La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

servicios médicos inmediatos para una afección no diagnosticada, pero que no es una emergencia médica).



Si tiene alguna pregunta, llame a Neighborhood INTEGRITY for Duals al 1-844-812-6896 (TTY 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes (puede dejar un mensaje de voz los sábados, domingos y días festivos federales). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

Servicios para Miembros de Neighborhood INTEGRITY for Duals

LLAME	<p>1-844-812-6896. Esta línea es gratuita.</p> <p>Del 1 de octubre al 31 de marzo, están disponibles de 8 a. m a 8 p. m, los siete días a la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8 a. m a 8 p. m de lunes a viernes (puede dejar un mensaje de voz los sábados, domingos y días festivos federales).</p> <p>Disponemos de servicios de interpretación gratuitos para personas que no hablan inglés.</p>
LÍNEA TTY	<p>711. Esta línea es gratuita.</p> <p>Del 1 de octubre al 31 de marzo, están disponibles de 8 a. m a 8 p. m, los siete días a la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8 a. m a 8 p. m de lunes a viernes (puede dejar un mensaje de voz los sábados, domingos y días festivos federales).</p>
ENVÍE UN CORREO	<p>Neighborhood Health Plan of Rhode Island 910 Douglas Pike Smithfield, RI 02917</p>
SITIO WEB	<p>www.nhpri.org/INTEGRITYDuals</p>



Si tiene alguna pregunta, llame a Neighborhood INTEGRITY for Duals al 1-844-812-6896 (TTY 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes (puede dejar un mensaje de voz los sábados, domingos y días festivos federales). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.