



Neighborhood Dual CONNECT (HMO D-SNP)
2026 Evidencia de Cobertura

1 de enero – 31 de diciembre de 2026

Evidencia de Cobertura para 2026:

Sus beneficios y servicios de salud de Medicare y cobertura de medicamentos como miembro de Neighborhood Dual CONNECT (HMO D-SNP)

Este documento detalla su cobertura de salud y medicamentos de Medicare del 1 de enero al 31 de diciembre de 2026. **Es un documento legal importante. Consérvelo en un lugar seguro.**

Este documento explica sus beneficios y derechos. Úselo para comprender:

- Nuestra prima del plan y costos compartidos
- Nuestros beneficios médicos y de medicamentos
- Cómo presentar una reclamación si no está satisfecho con un servicio o tratamiento
- Cómo contactarnos
- Otras protecciones requeridas por la ley de Medicare

Si tiene preguntas sobre este documento, llame a Servicios para Miembros al 1-844-812-6896 (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). El horario es 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). Esta llamada es gratuita.

Este plan, Neighborhood Dual CONNECT es ofrecido por Neighborhood Health Plan of Rhode Island. (Cuando esta *Evidencia de Cobertura* menciona "nosotros", "nos" o "nuestro", se refiere a Neighborhood Health Plan of Rhode Island. Cuando menciona "plan" o "nuestro plan", se refiere a Neighborhood Dual CONNECT.

Este documento está disponible gratuitamente en español y portugués. Esta información está disponible en otros formatos, como letra grande, braille y audio. Si necesita información del plan en otro formato o idioma, llame a Servicios para Miembros al número indicado anteriormente.

Los beneficios, primas y/o copagos pueden cambiar el 1 de enero de 2027.

Nuestro formulario, 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.

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.

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

ការយកចិត្តទុកដាក់៖ ប្រសិនបើអ្នកនិយាយភាសាខ្មែរ សេវាជំនួយភាសាឥតគិតថ្លៃមានផ្តល់ជូនដល់អ្នក។ ក៏មានការផ្តល់ការគាំទ្រ

និងសេវាកម្មជំនួយសមស្របដោយឥតគិតថ្លៃក្នុងការផ្តល់ព័ត៌មានជាទម្រង់ដែលអាចចូលប្រើបានផងដែរ។ សូមហៅទូរសព្ទទៅលេខ 1-800-963-1001 (TTY 711)

ឬពិគ្រោះយោបល់ជាមួយអ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នក។

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 libreng 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.

Dual CONNECT (HMO D-SNP) de Neighborhood Health Plan of Rhode Island es un plan de salud con contrato con Medicare y el Programa Medicaid de Rhode Island. La inscripción en el plan Dual CONNECT de Neighborhood Health Plan of Rhode Island depende de la renovación del contrato.

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.

CAPÍTULO 1: Comience como miembro	5
SECCIÓN 1 Es miembro de Neighborhood Dual CONNECT	5
SECCIÓN 2 Requisitos de elegibilidad del plan	6
SECCIÓN 3 Materiales importantes para miembros	8
SECCIÓN 4 Resumen de costos importantes	10
SECCIÓN 5 Más información sobre la prima mensual de su plan	15
SECCIÓN 6 Mantener actualizado nuestro registro de membresía del plan	15
SECCIÓN 7 Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan	16
CAPÍTULO 2: Números de teléfono y recursos	18
SECCIÓN 1 Contactos de Neighborhood Dual CONNECT	18
SECCIÓN 2 Obtenga ayuda de Medicare	22
SECCIÓN 3 Programa Estatal de Asistencia de Seguro Médico (SHIP)	24
SECCIÓN 4 Organización para la Mejora de la Calidad (QIO)	25
SECCIÓN 5 Seguro Social	26
SECCIÓN 6 Medicaid	26
SECCIÓN 7 Programas para ayudar a las personas a pagar los medicamentos recetados	28
SECCIÓN 8 Railroad Retirement Board (RRB)	31
SECCIÓN 9 Si tiene un seguro grupal u otro seguro médico de un empleador	32
CAPÍTULO 3: Cómo usar nuestro plan para sus servicios médicos y otros servicios cubiertos	33
SECCIÓN 1 Cómo obtener atención médica y otros servicios como miembro de nuestro plan	33
SECCIÓN 2 Usar proveedores de la red de nuestro plan para obtener atención médica y otros servicios	35
SECCIÓN 3 Cómo obtener servicios en caso de emergencia, desastre o necesidad urgente de atención	38
SECCIÓN 4 ¿Qué sucede si se le factura directamente el costo total de los servicios cubiertos?	41
SECCIÓN 5 Servicios médicos en un estudio de investigación clínica	41
SECCIÓN 6 Reglas para recibir atención en una institución religiosa de atención de salud no médica	43

Tabla de contenido

SECCIÓN 7	Reglas para ser propietario de equipos médicos duraderos	44
CAPÍTULO 4:	Cuadro de beneficios médicos (qué está cubierto)	46
SECCIÓN 1	Comprensión de los servicios cubiertos.....	46
SECCIÓN 2	El Cuadro de beneficios médicos muestra sus beneficios y costos médicos.....	47
SECCIÓN 3	Servicios que no están cubiertos por nuestro plan <i>NI</i> por Medicare.....	85
CAPÍTULO 5:	Uso de la cobertura del plan para medicamentos de la Parte D	88
SECCIÓN 1	Reglas básicas para la cobertura de medicamentos de la Parte D de nuestro plan	88
SECCIÓN 2	Surtir su receta en una farmacia de la red o a través del servicio de pedidos por correo de nuestro plan	89
SECCIÓN 3	Sus medicamentos deben estar en la Lista de medicamentos de nuestro plan	92
SECCIÓN 4	Medicamentos con restricciones de cobertura	93
SECCIÓN 5	Qué puede hacer si uno de sus medicamentos no está cubierto como le gustaría	95
SECCIÓN 6	Nuestra Lista de Medicamentos puede cambiar durante el año	97
SECCIÓN 7	Tipos de medicamentos que no cubrimos	99
SECCIÓN 8	Cómo surtir una receta	100
SECCIÓN 9	Cobertura de medicamentos de la Parte D en situaciones especiales.....	101
SECCIÓN 10	Programas sobre seguridad y administración de medicamentos	103
CAPÍTULO 6	Lo que usted paga por los medicamentos de la Parte D	106
SECCIÓN 1	Lo que usted paga por los medicamentos de la Parte D	106
SECCIÓN 2	Etapas de pago de medicamentos para miembros de Neighborhood Dual CONNECT.....	109
SECCIÓN 3	Su <i>Explicación de beneficios de la Parte D</i> explica en qué etapa de pago se encuentra	109
SECCIÓN 4	No hay deducible para Neighborhood Dual CONNECT.....	111
SECCIÓN 5	La etapa de cobertura inicial	111
SECCIÓN 6	La etapa de cobertura catastrófica	114
SECCIÓN 7	Lo que usted paga por las vacunas de la Parte D.....	114

CAPÍTULO 7: Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura por servicios médicos o medicamentos cubiertos	117
SECCIÓN 1 Situaciones en las que debe solicitarnos que paguemos nuestra parte por servicios o medicamentos cubiertos	117
SECCIÓN 2 Cómo solicitarnos que le reembolsemos o paguemos una factura que recibió	119
SECCIÓN 3 Consideraremos su solicitud de pago y responderemos sí o no	120
CAPÍTULO 8: Sus derechos y responsabilidades	122
SECCIÓN 1 Nuestro plan debe respetar sus derechos y sensibilidades culturales.....	122
SECCIÓN 2 Sus responsabilidades como miembro de nuestro plan	130
CAPÍTULO 9 Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas).....	132
SECCIÓN 1 Qué hacer si tiene un problema o inquietud	132
SECCIÓN 2 Dónde obtener más información y ayuda personalizada.....	133
SECCIÓN 3 Elegir qué proceso seguir para su problema	134
SECCIÓN 4 Cómo manejar problemas relacionados con sus beneficios de Medicare.....	135
SECCIÓN 5 Una guía para decisiones de cobertura y apelaciones	135
SECCIÓN 6 Atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación	139
SECCIÓN 7 Medicamentos de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.....	147
SECCIÓN 8 Cómo solicitarnos que cubramos una estadía hospitalaria más prolongada si cree que le están dando el alta demasiado pronto.....	158
SECCIÓN 9 Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos si cree que su cobertura terminará demasiado pronto.....	163
SECCIÓN 10 Cómo llevar su apelación a los niveles 3, 4 y 5.....	168
SECCIÓN 11 Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes	171
SECCIÓN 12 Cómo manejar problemas relacionados con sus beneficios de Medicaid.....	175
CAPÍTULO 10: Finalización de la membresía en nuestro plan	176
SECCIÓN 1 Finalización de su membresía en nuestro plan	176
SECCIÓN 2 ¿Cuándo puede finalizar su membresía en nuestro plan?	176

Tabla de contenido

SECCIÓN 3	Cómo finalizar su membresía en nuestro plan	180
SECCIÓN 4	Hasta que finalice su membresía, debe seguir recibiendo sus artículos médicos, servicios y medicamentos a través de nuestro plan.....	181
SECCIÓN 5	Neighborhood Dual CONNECT debe finalizar su membresía del plan en determinadas situaciones	181
CAPÍTULO 11: Avisos legales		184
SECCIÓN 1	Aviso sobre la ley aplicable	184
SECCIÓN 2	Aviso sobre no discriminación.....	184
SECCIÓN 3	Aviso sobre los derechos de subrogación del pagador secundario de Medicare.....	185
CAPÍTULO 12: Definiciones.....		186

CAPÍTULO 1:

Comience como miembro

SECCIÓN 1 Es miembro de Neighborhood Dual CONNECT

Sección 1.1 Está inscrito en Neighborhood Dual CONNECT, que es un plan de necesidades especiales de Medicare

Está cubierto tanto por Medicare como por Medicaid:

- **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 ciertas discapacidades y personas con enfermedad renal terminal (insuficiencia renal).
- **Medicaid** es un programa conjunto de los gobiernos federal y estatal que ayuda con los costos médicos a ciertas personas con ingresos y recursos limitados. La cobertura de Medicaid varía según el estado y el tipo de Medicaid que tenga. Algunas personas con Medicaid reciben ayuda para pagar sus primas de Medicare y otros costos. Otras también reciben cobertura para servicios y medicamentos adicionales que no cubre Medicare.

Ha elegido recibir su atención médica y cobertura de medicamentos de Medicare a través de nuestro plan, Neighborhood Dual CONNECT. Nuestro plan cubre todos los servicios de las Partes A y B. Sin embargo, los costos compartidos y el acceso a proveedores en nuestro plan difieren de los de Medicare Original.

Neighborhood Dual CONNECT [es](#) un plan Medicare Advantage especializado (un plan de Medicare para necesidades especiales), lo que significa que los beneficios están diseñados para personas con necesidades especiales de atención médica. Neighborhood Dual CONNECT está diseñado para personas que tienen Medicare y tienen derecho a recibir ayuda de Medicaid.

Dado que recibe ayuda de Medicaid con los costos compartidos de las Partes A y B de Medicare (deducibles, copagos y coseguro), es posible que no pague nada por sus servicios de Medicare. Medicaid también puede ofrecer otros beneficios al cubrir servicios de atención médica que normalmente no cubre Medicare. También recibirá Ayuda adicional de Medicare

Capítulo 1 Comience como miembro

para pagar los costos de sus medicamentos de Medicare. Neighborhood Dual CONNECT le ayudará a administrar todos estos beneficios, para que obtenga los servicios de salud y la asistencia con el pago a los que tiene derecho.

Neighborhood Dual CONNECT es administrado por una organización sin fines de lucro. Al igual que todos los planes Medicare Advantage, este Plan de Necesidades Especiales de Medicare está aprobado por Medicare. Nuestro plan también tiene un contrato con el programa Medicaid de Rhode Island para coordinar sus beneficios de Medicaid. Nos complace brindarle cobertura de Medicare, incluyendo la de medicamentos.

Sección 1.2 Información legal sobre la Evidencia de Cobertura

Esta *Evidencia de Cobertura* es parte de nuestro contrato con usted sobre cómo Neighborhood Dual CONNECT cubre su atención médica. Otras partes de este contrato incluyen su formulario de inscripción, la *Lista de Medicamentos Cubiertos* (formulario) y cualquier aviso que reciba de nosotros sobre cambios en su cobertura o condiciones que la afecten. Estos avisos a veces se denominan *cláusulas adicionales* o *enmiendas*.

El contrato está vigente durante los meses que esté inscrito en Neighborhood Dual CONNECT entre el 1 de enero de 2026 y el 31 de diciembre de 2026.

Medicare nos permite realizar cambios en los planes que ofrecemos cada año calendario. Esto significa que podemos modificar los costos y beneficios de Neighborhood Dual CONNECT después del 31 de diciembre de 2026. También podemos optar por dejar de ofrecer nuestro plan en su área de servicio, después del 31 de diciembre de 2026.

Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid [Centers for Medicare and Medicaid Services, CMS]) y Medicaid de Rhode Island deben aprobar Neighborhood Dual CONNECT. Puede continuar recibiendo cobertura de Medicare cada año como miembro de nuestro plan, siempre que decidamos seguir ofreciéndolo y Medicare y Medicaid de Rhode Island renueven su aprobación.

SECCIÓN 2 Requisitos de elegibilidad del plan

Sección 2.1 Requisitos de elegibilidad

Usted es elegible para ser miembro de nuestro plan siempre que cumpla con todas estas condiciones:

- Tiene tanto la Parte A de Medicare como la Parte B de Medicare.

Capítulo 1 Comience como miembro

- Usted reside en nuestra área geográfica de servicio (descrita en la Sección 2.3). Las personas encarceladas no se consideran residentes en el área geográfica de servicio, incluso si se encuentran físicamente en ella.
- Usted es ciudadano de los Estados Unidos o se encuentra legalmente presente en los Estados Unidos.
- Cumple con los requisitos especiales de elegibilidad que se describen a continuación.

Requisitos especiales de elegibilidad para nuestro plan

Nuestro plan está diseñado para satisfacer las necesidades de quienes reciben ciertos beneficios de Medicaid. (Medicaid es un programa conjunto de los gobiernos federal y estatal que ayuda con los costos médicos a ciertas personas con ingresos y recursos limitados). Para ser elegible para nuestro plan, debe serlo tanto para Medicare como para Medicaid.

Nota: Si pierde su elegibilidad, pero se espera razonablemente que la recupere en un plazo de un mes, aún podrá ser miembro. El Capítulo 4, Sección 2.1, le informa sobre la cobertura y los costos compartidos durante un período de elegibilidad continua presunta.

Sección 2.2 Medicaid

Medicaid es un programa conjunto del gobierno federal y estatal que ayuda con la atención médica. Costos para ciertas personas con ingresos y recursos limitados. Cada estado decide qué se considera ingreso y recursos, quién es elegible, qué servicios están cubiertos y su costo. Los estados también pueden decidir cómo administrar su programa, siempre que cumplan con las directrices federales.

Además, Medicaid ofrece programas para ayudar a las personas a pagar sus costos de Medicare, como las primas. Estos Programas de Ahorro de Medicare ayudan a las personas con ingresos y recursos limitados a ahorrar dinero cada año:

- **Beneficiario Calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB):** Ayuda a pagar las primas de las Partes A y B de Medicare, así como otros costos compartidos (como deducibles, coseguro y copagos). (Algunas personas con QMB también son elegibles para recibir todos los beneficios de Medicaid [QMB+]).

Sección 2.3 Planifique el área de servicio para Neighborhood Dual CONNECT

Neighborhood Dual CONNECT solo está disponible para quienes residen en el área de servicio de nuestro plan. Para seguir siendo miembro, debe seguir residiendo en el área de servicio. El área de servicio se describe a continuación.

Capítulo 1 Comience como miembro

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

Si planea mudarse a un nuevo estado, debe comunicarse con la oficina de Medicaid de su estado y preguntar cómo afectará esta mudanza a sus beneficios de Medicaid. Los números de teléfono de Medicaid se encuentran en el Capítulo 2, Sección 6 de este documento.

Si se muda fuera del área de servicio de nuestro plan, no podrá seguir siendo miembro. Llame a Servicios para Miembros al 1-844-812-6896 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). Para ver si tenemos un plan en su nueva área. Al mudarse, tendrá un Período de Inscripción Especial para cambiarse a Medicare Original o inscribirse en un plan de salud o medicamentos de Medicare en su nueva ubicación.

Si se muda o cambia su dirección postal, también es importante llamar al Seguro Social. Llame al 1-800-772-1213 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778).

Sección 2.4 Ciudadano estadounidense o presencia legal en el país

Debe ser ciudadano estadounidense o residir legalmente en Estados Unidos para ser miembro de un plan de salud de Medicare. Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) notificará a Neighborhood Dual CONNECT. Si no es elegible para seguir siendo miembro de nuestro plan por este motivo, Neighborhood Dual CONNECT deberá cancelar su inscripción si no cumple con este requisito.

SECCIÓN 3 Materiales importantes para miembros

Sección 3.1 Nuestra tarjeta de membresía del plan

Use su tarjeta de membresía siempre que reciba servicios cubiertos por nuestro plan y para los medicamentos recetados que adquiera en farmacias de la red. También debe mostrarle al proveedor su tarjeta de Medicaid. Ejemplo de tarjeta de membresía:

			
Member Name: <Cardholder Name>		RxBIN: 004336	
Member ID: <Cardholder ID#>		RxPCN: MEDDADV	
PCP Group/Name: <PCP/Group Name>		RxGRP: RX21KF	
PCP Phone: <PCP Phone>			
MEMBER CANNOT BE CHARGED			
Copays: PCP/Specialist: \$0 ER: \$0			
H2126		001	
In an emergency, call 911 and ask for help or go directly to the nearest hospital emergency room			
Member Services:		1-844-812-6896 (TTY 711)	
24-Hour Nurse Advice:		1-844-617-0563 (TTY 711)	
Pharmacy Help Desk:		1-866-693-4620 (TTY 711)	
Provider Services:		1-800-963-1001	
Website:		www.nhpri.org/DualCONNECT	
Send Claims To:		Neighborhood Health Plan of Rhode Island P.O. Box 28259, Providence, RI 02908-3700	
Claim Inquiry:		1-800-963-1001	

Capítulo 1 Comience como miembro

NO use su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare para servicios médicos cubiertos mientras sea miembro de este plan. Si usa la tarjeta de Medicare en lugar de Neighborhood Dual CONNECT, es posible que deba pagar el costo total de los servicios médicos. Guarde su tarjeta de Medicare en un lugar seguro. Es posible que se le pida que la muestre si necesita servicios hospitalarios, de cuidados paliativos o si participa en estudios de investigación clínica aprobados por Medicare (también llamados ensayos clínicos).

Si su tarjeta de membresía del plan se daña, se pierde o es robada, llame a Servicios para Miembros al 1-844-812-6896 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) de inmediato y le enviaremos una nueva tarjeta.

Sección 3.2 Directorio de proveedores y farmacias

El *Directorio de Proveedores y Farmacias* www.nhpri.org/DualCONNECT/find-a-provider-or-pharmacy/ enumera nuestros proveedores actuales de la red y proveedores de equipo médico duradero. Los **proveedores de la red** son los médicos y otros profesionales de la salud, grupos médicos, proveedores de equipo médico duradero, hospitales y otros centros de atención médica que tienen un acuerdo con nosotros para aceptar nuestro pago y cualquier costo compartido del plan como pago total.

Debe usar proveedores de la red para obtener su atención y servicios médicos. Si acude a otro proveedor sin la debida autorización, deberá pagar el costo total. Las únicas excepciones son emergencias, servicios de urgencia cuando la red no está disponible (es decir, situaciones en las que no es razonable o imposible obtener servicios dentro de la red), servicios de diálisis fuera del área y casos en los que Neighborhood Dual CONNECT autoriza el uso de proveedores fuera de la red.

El *Directorio de Proveedores y Farmacias* www.nhpri.org/DualCONNECT/find-a-provider-or-pharmacy/ también incluye las farmacias de nuestra red. Las **farmacias de la red** son farmacias que se comprometen a surtir las recetas médicas cubiertas para los miembros de nuestro plan. Utilice el *Directorio de Proveedores y Farmacias* para encontrar la farmacia de la red que sea más conveniente para usted. Consulte el Capítulo 5, Sección 2.4, para obtener información sobre cuándo puede utilizar farmacias que no pertenecen a la red de nuestro plan.

La lista más reciente de proveedores, farmacias, hospitales y proveedores se encuentra en nuestro sitio web en www.nhpri.org/DualCONNECT/find-a-provider-or-pharmacy/.

Si no tiene un *Directorio de Proveedores y Farmacias*, puede solicitar una copia (en formato electrónico o impreso) a Servicios para Miembros llamando al 1-844-812-6896 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). Los *Directorios de Proveedores* impresos que solicite se le enviarán por correo en un plazo de 3 días hábiles.

Capítulo 1 Comience como miembro**Sección 3.3 Lista de Medicamentos (formulario)**

Nuestro plan cuenta con una *Lista de Medicamentos Cubiertos* (también llamada Lista de Medicamentos o formulario). Esta lista indica qué medicamentos recetados están cubiertos por el beneficio de la Parte D en Neighborhood Dual CONNECT. Nuestro plan selecciona los medicamentos de esta lista 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 6. Medicare ha aprobado la Lista de Medicamentos de Neighborhood Dual CONNECT.

La Lista de Medicamentos también indica si existen reglas que restringen la cobertura de un medicamento.

Le proporcionaremos una copia de la Lista de Medicamentos. Para obtener la información más completa y actualizada sobre los medicamentos cubiertos, visite www.nhpri.org/DualCONNECT/member-materials/ o llame a Servicios para Miembros al 1-844-812-6896 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

SECCIÓN 4 Resumen de costos importantes

	Sus costos en 2026
Prima del plan mensual* * Su prima puede ser superior a este importe. Consulte la Sección 4.1 para obtener más información.	\$0
Monto máximo de gastos de bolsillo Este es el <u>máximo</u> que pagará de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. (Consulte la Sección 1 del Capítulo 4 para obtener más detalles).	\$9,250 Si es elegible para recibir ayuda para compartir los costos de Medicare bajo Medicaid, no es responsable de pagar ningún gasto de bolsillo hasta alcanzar el monto máximo para los servicios cubiertos por las Partes A y B.

Capítulo 1 Comience como miembro

	Sus costos en 2026
Visitas al consultorio de atención primaria	<p>\$0</p> <p>Si es elegible para recibir ayuda para compartir los costos de Medicare bajo Medicaid, usted paga \$0 por visita.</p>
Visitas al consultorio de especialistas	<p>\$0</p> <p>Si es elegible para recibir ayuda para compartir los costos de Medicare bajo Medicaid, usted paga \$0 por visita.</p>
Estadía en el hospital para pacientes internados	<p>\$0</p> <p>Si es elegible para recibir ayuda para compartir los costos de Medicare bajo Medicaid, usted paga \$0.</p>
Deducible de cobertura de medicamentos de la Parte D (Vaya al Capítulo 6, Sección 4 para obtener más detalles).	<p>\$0</p>
Cobertura de medicamentos de la Parte D (Consulte el Capítulo 6 para obtener más detalles, incluido el deducible anual, la cobertura inicial y las etapas de cobertura catastrófica).	<p>Copago durante la etapa de cobertura inicial:</p> <p>Medicamentos de nivel 1: \$5.10 (genérico) o \$12.65 (de marca)</p> <p>Etapas de cobertura catastrófica:</p> <p>Durante esta etapa de pago, usted no paga nada por los medicamentos cubiertos de la Parte D.</p>

Sus costos pueden incluir lo siguiente:

- Prima del plan (Sección 4.1)
- Prima mensual de la Parte B de Medicare (Sección 4.2)

Capítulo 1 Comience como miembro

- Multa por inscripción tardía a la Parte D (Sección 4.3)
- Monto ajustado mensual relacionado con los ingresos (Sección 4.4)
- Monto del plan de pago de medicamentos recetados de Medicare (Sección 4.5)

Sección 4.1 Prima del plan

Usted no paga una prima de plan mensual separada para Neighborhood Dual CONNECT

Si *ya* recibe ayuda de uno de estos programas, **la información sobre las primas en esta Evidencia de Cobertura puede no aplicar para usted.** Le enviamos un documento aparte, llamado *Anexo de Evidencia de Cobertura para Personas que Reciben Ayuda Adicional para el Pago de Medicamentos Recetados* (también conocido como *Anexo de Subsidio por Bajos Ingresos* o *Cláusula LIS*, que le informa sobre la cobertura de medicamentos. Si no tiene este folleto, llame a Servicios para Miembros al 1-844-812-6896 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) y solicite la *Cláusula LIS*.

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

Algunos miembros deben pagar otras primas de Medicare. Como se explica en la Sección 2 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 Dual CONNECT, Medicaid paga su prima de la Parte A (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. También puede pagar una prima de la Parte A si no es elegible para la Parte A sin prima.

Sección 4.3 Multa por inscripción tardía a la Parte D

Debido a que tiene doble elegibilidad, la multa por inscripción tardía (Late Enrollment Penalty, LEP) no aplica mientras mantenga su estatus de doble elegibilidad. Sin embargo, si pierde su estatus de doble elegibilidad, sí podría incurrir en una LEP. La multa por inscripción tardía a la Parte D es una prima adicional que debe pagarse por la cobertura de la misma si, en cualquier momento después de que finalice su período de inscripción inicial, hubo un período de 63 días o más consecutivos en el que no tuvo la Parte D u otra cobertura de medicamentos acreditable. La cobertura de medicamentos recetados acreditable es una cobertura que cumple con los estándares mínimos de Medicare, ya que se espera que pague, en promedio, al menos lo mismo que la cobertura de medicamentos estándar de Medicare. El costo de la multa por inscripción tardía depende de cuánto tiempo estuvo sin la Parte D u

Capítulo 1 Comience como miembro

otra cobertura de medicamentos recetados acreditable. Tendrá que pagar esta multa mientras tenga cobertura de la Parte D.

No tiene que pagar la multa por inscripción tardía a la Parte D si:

- Recibe Ayuda adicional de Medicare para ayudarle a pagar los costos de sus medicamentos.
- Estuvo menos de 63 días seguidos sin cobertura acreditable.
- Tenía cobertura de medicamentos válida a través de otra fuente (como un empleador anterior, un sindicato, TRICARE o la Administración de Salud de Veteranos [VA]). Su aseguradora o departamento de recursos humanos le informará cada año si su cobertura de medicamentos es válida. Puede recibir esta información en una carta o boletín informativo de ese plan. Conserve esta información, ya que podría necesitarla si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare más adelante.
 - **Nota:** Cualquier carta o notificación debe indicar que usted tenía una cobertura de medicamentos recetados acreditable que se espera que pague tanto como lo paga el plan de medicamentos estándar de Medicare.
 - **Nota:** Las tarjetas de descuento para medicamentos recetados, las clínicas gratuitas y los sitios web de descuento en medicamentos no son cobertura acreditable para medicamentos recetados.

Medicare determina el monto de la multa por inscripción tardía a la Parte D. Así es como funciona:

- Primero, cuente los meses completos que retrasó la inscripción en un plan de medicamentos de Medicare, después de ser elegible para inscribirse. O cuente los meses completos que no tuvo cobertura de medicamentos válida, si la interrupción fue de 63 días o más. La multa es del 1% por cada mes que no tuvo cobertura válida. Por ejemplo, si pasa 14 meses sin cobertura, la multa será del 14%.
- Luego, Medicare determina el monto de la prima mensual promedio para los planes de medicamentos de Medicare en el país del año anterior (prima base nacional por beneficiario). En 2025, esta prima promedio fue de \$36.78. Este monto podría cambiar en 2026.
- Para calcular su multa mensual, multiplique el porcentaje de la penalización por la prima base nacional del beneficiario y redondee a la decena más cercana. En este ejemplo, sería 14% multiplicado por \$36.78, lo que equivale a \$5.1492. Esto se redondea a \$5.15. Esta cantidad se añadiría **a la prima mensual del plan para alguien con una penalización por inscripción tardía en la Parte D.**

Capítulo 1 Comience como miembro

Tres cosas importantes que debe saber sobre la multa mensual por inscripción tardía a la Parte D:

- **La multa puede cambiar cada año**, porque la prima base nacional del beneficiario puede cambiar cada año.
- **Continuará pagando una multa** cada mes mientras esté inscrito en un plan que tenga beneficios de medicamentos de Medicare Parte D, incluso si cambia de plan.
- Si tiene *menos de 65 años* y está inscrito en Medicare, la multa por inscripción tardía a la Parte D se restablecerá cuando cumpla 65 años. Después de los 65 años, su multa por inscripción tardía a la Parte D se basará únicamente en los meses que no tenga cobertura después de su período de inscripción inicial para ingresar a Medicare.

Si no está de acuerdo con su multa por inscripción tardía a la Parte D, usted o su representante pueden solicitar una revisión. Generalmente, debe solicitar esta revisión **dentro de los 60 días** a partir de la fecha de la primera carta que reciba indicando que debe pagar la multa por inscripción tardía. Sin embargo, si ya pagaba una multa antes de unirse a nuestro plan, es posible que no tenga otra oportunidad de solicitar una revisión.

Sección 4.4 Monto del ajuste mensual relacionado con los ingresos

Si pierde la elegibilidad para este plan debido a cambios en sus ingresos, algunos miembros podrían tener que pagar un cargo adicional por su plan de Medicare, conocido como el Monto de Ajuste Mensual Relacionado con los Ingresos (IRMAA) de la Parte D. Este cargo adicional se calcula utilizando su ingreso bruto ajustado modificado, según lo declarado en su declaración de impuestos del IRS de hace dos años. Si este monto supera cierta cantidad, pagará la prima estándar y el IRMAA adicional. Para obtener más información sobre el monto adicional que podría tener que pagar según sus ingresos, visite www.Medicare.gov/health-drug-plans/part-d/basics/costs.

Si tiene que pagar un IRMAA adicional, el Seguro Social, y no su plan de Medicare, le enviará una carta informándole cuál será ese monto adicional. El monto adicional se retendrá de su cheque de beneficios del Seguro Social, Railroad Retirement Board o la Oficina de Administración de Personal sin importar cómo pague habitualmente la prima de nuestro plan, a menos que su beneficio mensual no sea suficiente para cubrir el monto adicional adeudado. Si su cheque de beneficios no es suficiente para cubrir el monto adicional recibirá una factura de Medicare. **Debe pagar el IRMAA adicional al gobierno. No se puede pagar con la prima mensual de su plan. Si no paga el IRMAA adicional, se le cancelará la inscripción a nuestro plan y perderá la cobertura de medicamentos recetados.**

Si no está de acuerdo con pagar un IRMAA adicional, puede solicitar al Seguro Social que revise la decisión. Para saber cómo hacerlo, llame al Seguro Social al 1-800-772-1213 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778).

Capítulo 1 Comience como miembro

Sección 4.5 Monto del plan de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare

Si participa en el Plan de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare, cada mes pagará la prima de nuestro plan (si tiene una) y recibirá una factura de su plan de salud o de medicamentos por sus medicamentos recetados (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.

El Capítulo 2, Sección 7, ofrece 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.

SECCIÓN 5 Más información sobre la prima mensual de su plan

Sección 5.1 Nuestra prima del plan mensual no cambiará durante el año

No podemos cambiar el monto de la prima mensual de nuestro plan durante el año. Si la prima mensual cambia para el próximo año, se lo notificaremos en septiembre y la nueva prima entrará en vigor el 1 de enero.

Sin embargo, en algunos casos, es posible que pueda dejar de pagar una multa por inscripción tardía, si la adeuda o que deba comenzar a pagarla. Esto podría ocurrir si cumple o pierde su elegibilidad para la Ayuda adicional durante el año.

- Si actualmente paga una multa por inscripción tardía a la Parte D y se vuelve elegible para recibir Ayuda adicional durante el año, podrá dejar de pagar su multa.
- Si pierde la Ayuda adicional, puede estar sujeto a la multa por inscripción tardía a en la Parte D si pasa 63 días o más seguidos sin la Parte D u otra cobertura de medicamentos acreditable.

Obtenga más información sobre la Ayuda adicional en el Capítulo 2, Sección 7.

SECCIÓN 6 Mantener actualizado nuestro registro de membresía del plan

Su registro de membresía contiene información de su formulario de inscripción, incluyendo su dirección y número de teléfono. Muestra la cobertura de su plan, incluyendo su proveedor de atención primaria.

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.

Capítulo 1 Comience como miembro

Si ocurre alguno de estos cambios, háganoslo saber:

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

Si alguna de esta información cambia, infórmenos llamando a Servicios para Miembros al 1-844-812-6896 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

También es importante contactar al Seguro Social si se muda o cambia su dirección postal. Llame al Seguro Social al 1-800-772-1213 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778).

SECCIÓN 7 Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan

Medicare nos exige recopilar información sobre cualquier otra cobertura médica o de medicamentos que tenga para poder coordinar cualquier otra cobertura con sus beneficios bajo nuestro plan. Esto se denomina **Coordinación de Beneficios**.

Una vez al año, le enviaremos una carta con cualquier otra cobertura médica o de medicamentos que conozcamos. Lea esta información detenidamente. Si es correcta, no necesita hacer nada. Si la información es incorrecta o si tiene otra cobertura que no aparece en la lista, llame a Servicios para Miembros al 1-844-812-6896 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). Es posible que deba proporcionar nuestro número de identificación de miembro del plan a sus otras aseguradoras (una vez que confirme su identidad) para que sus facturas se paguen correctamente y a tiempo.

Si tiene otro seguro (como la cobertura médica grupal de su empleador), las normas de Medicare determinan si nuestro plan o su otro seguro paga primero. El seguro que paga primero (el "pagador principal") paga hasta el límite de su cobertura. El seguro que paga en segundo lugar (el "pagador secundario") solo paga si la cobertura principal no cubre todos

Capítulo 1 Comience como miembro

los costos. Es posible que el pagador secundario no cubra todos los costos no cubiertos. Si tiene otro seguro, informe a su médico, hospital y farmacia.

Estas reglas se aplican a la cobertura de planes de salud grupales de empleadores o sindicatos:

- Si tiene cobertura de jubilación, Medicare paga primero.
- Si la cobertura de su plan de salud grupal se basa en su empleo actual o en el de un miembro de su familia, quién paga primero depende de su edad, la cantidad de personas empleadas por su empleador y si tiene Medicare por edad, discapacidad o enfermedad renal en etapa terminal (ESRD):
 - Si tiene menos de 65 años y está discapacitado y usted (o un miembro de su familia) todavía está trabajando, su plan de salud grupal paga primero si el empleador tiene 100 o más empleados o al menos un empleador en un plan de empleadores múltiples tiene más de 100 empleados.
 - Si tiene más de 65 años y usted (o su cónyuge o pareja de hecho) todavía está trabajando, su plan de salud grupal paga primero si el empleador tiene 20 o más empleados o si al menos un empleador en un plan de empleadores múltiples tiene más de 20 empleados.
- Si tiene Medicare debido a una enfermedad renal en etapa terminal, su plan de salud grupal pagará primero durante los primeros 30 meses después de que sea elegible para Medicare.

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

- Seguro sin culpa (incluido el seguro de automóvil)
- Responsabilidad civil (incluido el seguro de automóvil)
- Beneficios del “pulmón negro”
- Compensación laboral

Medicaid y TRICARE nunca pagan primero los servicios cubiertos por Medicare. Solo pagan después de que Medicare o los planes de salud grupales de la empresa hayan pagado.

CAPÍTULO 2: Números de teléfono y recursos

SECCIÓN 1 Contactos de Neighborhood Dual CONNECT

Para obtener ayuda con reclamos, facturación o preguntas sobre la tarjeta de miembro, llame o escriba a Servicios para Miembros de Neighborhood Dual CONNECT. Estaremos encantados de ayudarle.

Servicios para Miembros – Información de contacto

Llame	1-844-812-6896 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario es 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).
Línea TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario es 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).
Envíe un correo	Neighborhood Health Plan of Rhode Island Attn: Member Services 910 Douglas Pike Smithfield, RI 02917
Sitio web	www.nhpri.org/dualconnect

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos**Cómo solicitar una decisión de cobertura o una apelación sobre su atención médica**

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos sobre sus beneficios y cobertura, o sobre el monto que pagamos por sus servicios médicos o medicamentos de la Parte D. Una apelación es una forma formal de solicitarnos que revisemos y modifiquemos una decisión de cobertura. Para obtener más información sobre cómo solicitar decisiones de cobertura o apelaciones sobre su atención médica o medicamentos de la Parte D, consulte el Capítulo 9.

Decisiones de cobertura y apelaciones sobre la atención médica - Información de contacto

Llame	1-844-812-6896 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario es 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).
Línea TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario es 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).
Envíe un correo	Neighborhood Health Plan of Rhode Island Attn: Grievance and Appeals Unit 910 Douglas Pike Smithfield, RI 02917

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos**Decisiones de cobertura y apelaciones sobre medicamentos de la Parte D -
Información de contacto**

Llame	<p>1-844-812-6896</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas. El horario es 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).</p>
Línea TTY	<p>711</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas. El horario es 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).</p>
Envíe un correo	<p>CVS Caremark Part D Appeals and Exceptions</p> <p>PO BOX 52000 MC109</p> <p>Phoenix, AZ 85072-2000</p>

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos**Cómo presentar una queja sobre su atención médica**

Puede presentar una queja sobre nosotros o sobre uno de nuestros proveedores o farmacias de la red, incluyendo una queja sobre la calidad de su atención. Este tipo de queja no involucra disputas de cobertura ni pagos. Para obtener más información sobre cómo presentar una queja sobre su atención médica, consulte el Capítulo 9.

Quejas sobre atención médica – Información de contacto

Llame	1-844-812-6896 Las llamadas a este número son gratuitas. De 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre
Línea TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. De 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre.
Fax	1-401-709-7005
Envíe un correo	Neighborhood Health Plan of Rhode Island Attn: Grievances and Appeals Unit 910 Douglas Pike Smithfield, RI 02917
Sitio web de Medicare	Para presentar una queja sobre Neighborhood Dual CONNECT directamente a Medicare, vaya a www.Medicare.gov/my/medicare-complaint .

Cómo solicitarnos que paguemos el costo de la atención médica o de un medicamento que recibió

Si recibió una factura o pagó por servicios (como la factura de un proveedor) que considera que deberíamos pagar, es posible que deba solicitarnos un reembolso o que paguemos la factura. Consulte el Capítulo 7 para obtener más información.

Si nos envía una solicitud de pago y rechazamos cualquier parte de ella, puede apelar nuestra decisión. Consulte el Capítulo 9 para obtener más información.

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos**Solicitudes de pago – Información de contacto**

Llame	<p>1-844-812-6896</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas. De 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre.</p>
Línea TTY	<p>711</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas. De 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre.</p>
Envíe un correo	<p><i>Para todas las solicitudes de pago de la Parte C:</i></p> <p>Neighborhood Health Plan of Rhode Island Attn: Member Services 910 Douglas Pike Smithfield, RI 02917</p> <p><i>Para todas las solicitudes de pago de la Parte D:</i></p> <p>CVS Caremark® Medicare Part D Claims Processing PO BOX 52066 Phoenix, AZ 85072-2066</p>
Sitio web	www.nhpri.org/dualconnect

SECCIÓN 2 Obtenga ayuda de 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 en etapa terminal (insuficiencia renal permanente que requiere diálisis o un trasplante de riñón).

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos

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

Medicare – Información de contacto

Llame	1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) Las llamadas a este número son gratuitas. 24 horas al día, 7 días a la semana.
Línea TTY	1-877-486-2048 Este número requiere un equipo telefónico especial y es únicamente para personas que tienen dificultades para oír o hablar. Las llamadas a este número son gratuitas.
Chat en vivo	Chatee en vivo en www.Medicare.gov/talk-to-someone .
Envíe un correo	Escriba a Medicare a: PO BOX 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 los planes, enfermería hogares, hospitales, médicos, agencias de salud a domicilio, centros de diálisis, centros de cuidados paliativos, centros de rehabilitación para pacientes hospitalizados y hospitales de cuidados a largo plazo.• Busque sitios web y números de teléfono útiles.

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos

También puede visitar www.Medicare.gov para informar a Medicare sobre cualquier queja que tenga sobre Neighborhood Dual CONNECT.

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 Medicare.

SECCIÓN 3 Programa Estatal de Asistencia de Seguro Médico (SHIP)

El Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (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 se llama Programa de Asistencia de Seguro Médico del Estado de Rhode Island.

El Programa de Asistencia de Seguro de Salud del Estado de Rhode Island 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.

Los asesores del Programa Estatal de Asistencia para Seguros de Salud de Rhode Island pueden ayudarle a comprender sus derechos de Medicare, presentar quejas sobre su atención o tratamiento médico y resolver problemas con sus facturas de Medicare. También pueden ayudarle con preguntas o problemas relacionados con Medicare, comprender sus opciones de planes de Medicare y responder preguntas sobre cómo cambiar de plan.

Programa de Asistencia para Seguros de Salud del Estado de Rhode Island – Información de contacto

Llame	Rhode Island SHIP: 1-888-884-8721 De 8:30 a 16:00 horas, de lunes a viernes
Línea TTY	401-462-0740 Este número requiere un equipo telefónico especial y es únicamente para personas que tienen dificultades para oír o hablar.
Envíe un correo	Office of Health Aging 25 Howard Avenue, Building 57 Cranston, RI 02920 Attention: SHIP Program

Sitio weboha.ri.gov**SECCIÓN 4 Organización para la Mejora de la Calidad (QIO)**

Una Organización para la Mejora de la Calidad (QIO) designada atiende a los beneficiarios de Medicare en cada estado. En Rhode Island, la Organización para la Mejora de la Calidad se llama Acentra Health.

Acentra Health cuenta con un grupo de médicos y otros profesionales de la salud pagados por Medicare para supervisar y ayudar a mejorar la calidad de la atención médica para las personas con Medicare. Acentra Health es una organización independiente. No está vinculada a nuestro plan.

Comuníquese con Acentra Health en cualquiera de estas situaciones:

- Tiene una queja sobre la calidad de la atención recibida Algunos ejemplos de problemas de calidad de la atención incluyen la medicación incorrecta, pruebas o procedimientos innecesarios o un diagnóstico erróneo.
- Cree que la cobertura de su estadía en el hospital terminará demasiado pronto.
- Cree que la cobertura de sus servicios de atención médica domiciliaria, de atención en un centro de enfermería especializada o de un centro de rehabilitación ambulatoria integral (CORF) está terminando demasiado pronto.

Acentra Health (Organización de Mejora de la Calidad de Rhode Island) – Información de contacto**Llame**

1-888-319-8452

El horario es de 9:00 a 17:00 horas, de lunes a viernes.

Fines de semana y festivos – 10:00 a. m. a 4:00 p. m.

Línea TTY

711

Envíe un correo

Acentra Health

5201 West Kennedy Blvd, Suite 900

Tampa, FL 33609

Sitio webwww.acentraqio.com

SECCIÓN 5 Seguro Social

El Seguro Social determina la elegibilidad para Medicare y gestiona la inscripción. También es responsable de determinar quién debe pagar un monto adicional por la cobertura de medicamentos de la Parte D por tener ingresos más altos. Si recibió una carta del Seguro Social indicando que debe pagar el monto adicional y tiene preguntas al respecto, o si sus ingresos disminuyeron debido a un evento que le cambió la vida, puede llamar al Seguro Social para solicitar una reconsideración.

Si se muda o cambia su dirección postal, comuníquese con el Seguro Social para informarles.

Seguro Social – Información de contacto

Llame	<p>1-800-772-1213</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas.</p> <p>Disponible de 8 a. m. a 7 p. m., de lunes a viernes.</p> <p>Utilice los servicios telefónicos automatizados del Seguro Social para obtener información grabada y realizar algunas gestiones las 24 horas del día.</p>
Línea TTY	<p>1-800-325-0778</p> <p>Este número requiere un equipo telefónico especial y es únicamente para personas que tienen dificultades para escuchar o hablar.</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas.</p> <p>Disponible de 8 a. m. a 7 p. m., de lunes a viernes.</p>
Sitio web	www.SSA.gov

SECCIÓN 6 Medicaid

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

Algunas personas con Medicare también son elegibles para Medicaid. Los programas que ofrece Medicaid ayudan a las personas con Medicare a pagar sus costos, como las primas. Estos **Programas de Ahorro de Medicare** incluyen:

- **Beneficiario Calificado de Medicare (QMB):** Ayuda a pagar las primas de las Partes A y B de Medicare, así como otros costos compartidos (como deducibles,

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos

coseguro y copagos). (Algunas personas con QMB también son elegibles para recibir todos los beneficios de Medicaid [QMB+]).

Si tiene preguntas sobre la ayuda que recibe de Medicaid, comuníquese con Medicaid de Rhode Island.

Departamento de Servicios Humanos - Medicaid de Rhode Island - Información de contacto

Llame	1-855-697-4347 De 8:30 a 16:00 horas, de lunes a viernes
Línea TTY	711 Este número requiere un equipo telefónico especial y es únicamente para personas que tienen dificultades para oír o hablar.
Envíe un correo	Rhode Island DHS P.O. Box 8709 Cranston, RI 02920
Sitio web	www.dhs.ri.gov

La Oficina de Envejecimiento Saludable de Rhode Island ayuda a las personas inscritas en Medicaid con problemas de servicio o facturación. Pueden ayudarle a presentar una queja o apelación ante nuestro plan.

Oficina de Envejecimiento Saludable de Rhode Island – Información de contacto

Llame	1-401-462-3000 De 8:00 a 15:00 horas, de lunes a viernes
Línea TTY	401-462-0740
Envíe un correo	Office of Healthy Aging 25 Howard Ave, Building 57 Cranston, RI 02920
Sitio web	www.oha.ri.gov

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos

El Defensor del Pueblo de Cuidados a Largo Plazo de Rhode Island ayuda a las personas a obtener información sobre los hogares de ancianos y a resolver problemas entre los hogares de ancianos y los residentes o sus familias.

The Alliance for Better Long-Term Care – Información de contacto

Llame	1-401-785-3340 De 9:00 a 16:30 horas, de lunes a viernes
Línea TTY	711
Envíe un correo	422 Post Road Suite 204 Warwick, RI 02888
Sitio web	www.alliancebltc.org

SECCIÓN 7 Programas para ayudar a las personas a pagar los medicamentos recetados

El sitio web de Medicare (www.Medicare.gov/basics/costs/help/drug-costs) ofrece información sobre cómo reducir el costo de sus medicamentos recetados. Los siguientes programas pueden ayudar a las personas con ingresos limitados.

Ayuda adicional de Medicare

Como usted es elegible para Medicaid, califica para recibir Ayuda adicional de Medicare para cubrir los costos de su plan de medicamentos recetados. No necesita hacer nada más para obtener esta Ayuda adicional.

Si tiene preguntas sobre la Ayuda adicional, llame al:

- 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048;
- La Oficina del Seguro Social al 1-800-772-1213, de 8:00 a. m. a 7:00 p. m., de lunes a viernes. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778; o
- Su oficina estatal de Medicaid al 1-855-697-4347.

Si cree que está pagando una cantidad incorrecta 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 de la cantidad correcta, podemos ayudarle a compartirla con nosotros.

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos

- Puede llamar a Servicios para Miembros al número que aparece en la contraportada de este folleto para obtener ayuda para obtener y proporcionar esta evidencia.
- 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 el copago, ya sea con cheque o con un crédito de copago futuro. 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 1-844-812-6896 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

¿Qué sucede si tiene Ayuda adicional y cobertura de un Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica (SPAP)?

Muchos estados ofrecen ayuda para pagar recetas médicas, primas de planes de medicamentos y otros costos de medicamentos. Si está inscrito en un Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica (SPAP), la Ayuda adicional de Medicare paga primero.

En Rhode Island, el SPAP se llama Programa de Asistencia Farmacéutica para Personas Mayores de Rhode Island (RIPAE).

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

El Programa de Asistencia para Medicamentos para el SIDA (ADAP) Ayuda a las personas con VIH/SIDA a 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 serológico respecto al VIH, bajos ingresos (según la definición estatal) y no tener seguro médico o contar con uno insuficiente. Si cambia de plan, notifique a su asistente de inscripción local del ADAP para que pueda seguir recibiendo ayuda. Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame al Programa Ryan White contra el VIH/SIDA al 401-462-3294 o al 401-462-3295.

Programas estatales de Asistencia Farmacéutica

Muchos estados cuentan con Programas Estatales de Asistencia Farmacéutica que ayudan a las personas a pagar sus medicamentos recetados según su necesidad económica, edad,

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos

condición médica o discapacidad. Cada estado tiene diferentes normas para brindar cobertura de medicamentos a sus afiliados.

En Rhode Island, el Programa de Asistencia Farmacéutica del Estado es el Programa de Asistencia Farmacéutica para Personas Mayores de Rhode Island (Rhode Island Pharmaceutical Assistance to Elders, RIPAE)

Programa de Asistencia Farmacéutica para Personas Mayores de Rhode Island (RIPAE) – Información de contacto

Llame	1-401-462-0560 De 8:00 a 15:00 horas, de lunes a viernes
Línea TTY	401-462-0740
Envíe un correo	Office of Healthy Aging Attn: RIPAE Program Louis Pasteur Building 57 Howard Ave Cranston, RI 02920
Sitio web	www.oha.ri.gov

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 gastos de bolsillo por los medicamentos cubiertos por nuestro plan distribuyéndolos 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 Medicamentos Recetados de Medicare y permanece en el mismo plan de la Parte D, su participación se renovará automáticamente para 2026.** La Ayuda adicional de Medicare y la ayuda del SPAP y ADAP, para quienes califican, son más ventajosas que participar en el Plan de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare. Para obtener más información sobre esta opción de pago, llame a Servicios para Miembros al 1-844-812-6896 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o visite www.Medicare.gov.

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos**Plan de pago de medicamentos recetados de Medicare - Información de contacto**

Llame	<p>1-844-812-6896</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas. El horario es 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).</p>
Línea TTY	<p>711</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas. El horario es 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).</p>
Envíe un correo	<p>Neighborhood Health Plan of Rhode Island</p> <p>Medicare Prescription Payment Plan</p> <p>P.O. Box 7</p> <p>Pittsburgh, PA 15230</p>
Sitio web	<p>www.caremark.com/MPPP</p>

SECCIÓN 8 Railroad Retirement Board (RRB)

La Railroad Retirement Board (Junta de Jubilación Ferroviaria) 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 Junta de Jubilación Ferroviaria, infórmeles si se muda o cambia su dirección postal. Si tiene preguntas sobre sus beneficios de la Junta de Jubilación Ferroviaria, comuníquese con la agencia.

Railroad Retirement Board (RRB) – Información de contacto

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>
--------------	--

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos

	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.
Línea TTY	1-312-751-4701 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades para oír o hablar. Las llamadas a este número no son gratuitas.
Sitio web	https://RRB.gov

SECCIÓN 9 Si tiene un seguro grupal u otro seguro médico de un empleador

Si usted (o su cónyuge o pareja de hecho) recibe beneficios de su empleador (o del de su cónyuge o pareja de hecho) o grupo de jubilados como parte de este plan, llame al administrador de beneficios del empleador/sindicato o a Servicios para Miembros al 1-844-812-6896 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) si tiene alguna pregunta. Puede preguntar sobre los beneficios de salud de su empleador (o del de su cónyuge o pareja de hecho), las primas o el período de inscripción. (Los números de teléfono de Servicios para Miembros se encuentran en la contraportada de este documento). Puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) si tiene preguntas sobre su cobertura de Medicare con este plan. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Si tiene otra cobertura de medicamentos a través de su empleador (o el de su cónyuge o pareja de hecho) o de un grupo de jubilados, comuníquese con **el administrador de beneficios de ese grupo**. Este administrador puede ayudarle a comprender cómo funcionará su cobertura de medicamentos actual con nuestro plan.

CAPÍTULO 3:

Cómo usar nuestro plan para sus servicios médicos y otros servicios cubiertos

SECCIÓN 1 Cómo obtener atención médica y otros servicios como miembro de nuestro plan

Este capítulo explica lo que necesita saber sobre cómo usar nuestro plan para obtener cobertura para su atención médica y otros servicios. Para obtener más información sobre la atención médica y otros servicios que cubre nuestro plan y cuánto paga al recibirla, consulte el Cuadro de beneficios médicos en el Capítulo 4.

Sección 1.1 Proveedores de la red y servicios cubiertos

- Los **proveedores** son médicos y otros profesionales de la salud con licencia estatal para brindar servicios y atención médica. El término "proveedores" también incluye hospitales y otros centros de salud.
- Los **proveedores de la red** son los médicos y otros profesionales de la salud, grupos médicos, hospitales y otros centros de salud que tienen un acuerdo con nosotros para aceptar nuestro pago y su costo compartido como pago total. Hemos acordado que estos proveedores brinden los servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores de nuestra red nos facturan directamente la atención que le brindan. Cuando consulta con un proveedor de la red, no paga nada o solo paga su parte del costo por los servicios cubiertos.
- Los **servicios cubiertos** incluyen toda la atención médica, los servicios de atención médica, los suministros, los equipos y los medicamentos recetados que cubre nuestro plan. Los servicios cubiertos para atención médica se detallan en el Cuadro de beneficios médicos del Capítulo 4. Los servicios cubiertos para medicamentos recetados se describen en el Capítulo 5.

Sección 1.2 Reglas básicas para su atención médica y otros servicios que cubrirá nuestro plan

Como plan de salud de Medicare, Neighborhood Dual CONNECT debe cubrir todos los servicios cubiertos por Medicare Original y puede ofrecer otros servicios además de los cubiertos por Medicare Original. Consulte el Cuadro de beneficios en el Capítulo 4.

Capítulo 3 Cómo usar nuestro plan para su atención médica y otros cubiertos servicios

Neighborhood Dual CONNECT generalmente cubrirá su atención médica siempre que:

- **La atención que recibe está incluida en el Cuadro de beneficios médicos de nuestro plan** en el Capítulo 4.
- **La atención que recibe se considera médicamente necesaria.** Esto significa que los servicios, suministros, equipos o medicamentos son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección médica y cumplen con los estándares aceptados de la práctica médica.
- **Tiene un proveedor de atención primaria (PCP) de la red que le brinda y supervisa su atención.** Como miembro de nuestro plan, debe elegir un PCP de la red (consulte la Sección 2.1 para obtener más información).
- **Debe recibir atención médica de un proveedor de la red** (consulte la Sección 2). En la mayoría de los casos, la atención médica que reciba de un proveedor fuera de la red (un proveedor que no forma parte de la red de nuestro plan) no estará cubierta. Esto significa que deberá pagarle al proveedor el total de los servicios que reciba. A continuación presentamos 3 excepciones:
 - Nuestro plan cubre la atención de emergencia o los servicios de urgencia que reciba de un proveedor fuera de la red. Para obtener más información y ver qué son los servicios de emergencia o de urgencia, consulte la Sección 3.
 - Si necesita atención médica que Medicare exige que nuestro plan cubra, pero no hay especialistas en nuestra red que la brinden, puede obtenerla de un proveedor fuera de la red con el mismo costo compartido que normalmente paga dentro de la red. Debe obtener una autorización de nuestro plan antes de buscar atención. En este caso, cubriremos estos servicios como si los recibiera de un proveedor de la red. Para obtener información sobre cómo obtener la aprobación para consultar con un médico fuera de la red, consulte la Sección 2.4.
 - Nuestro plan cubre los servicios de diálisis renal que recibe en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando se encuentra temporalmente fuera del área de servicio de nuestro plan o cuando su proveedor para este servicio no está disponible o no puede acceder a él temporalmente. El costo compartido que paga a nuestro plan por diálisis nunca puede ser mayor que el costo compartido de Medicare Original. Si se encuentra fuera del área de servicio de nuestro plan y recibe diálisis de un proveedor fuera de la red de nuestro plan, su costo compartido no puede ser mayor que el costo compartido que paga dentro de la red. Sin embargo, si su proveedor habitual de diálisis dentro de la red no está disponible temporalmente y usted elige recibir servicios dentro de nuestra área de servicio de un proveedor fuera de la red de nuestro plan, su costo compartido por la diálisis puede ser mayor.

SECCIÓN 2 Usar proveedores de la red de nuestro plan para obtener atención médica y otros servicios

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

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

Su proveedor de atención primaria (PCP) es su principal proveedor y será responsable de brindarle muchos de sus servicios preventivos y de atención primaria. Su PCP formará parte de su equipo de atención.

Su PCP le ayudará a:

- Desarrollar su plan de cuidados;
- Determinar sus necesidades de atención;
- Recomendar o solicitar muchos de los servicios y artículos que necesita;
- Obtener autorizaciones previas de su equipo de atención o de Neighborhood Dual CONNECT según sea necesario; y
- Coordinar su atención.

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

- Medicina familiar;
- Medicina interna;
- Medicina general;
- Geriátrica;
- Ginecología;
- Enfermero/a practicante certificado/a (CNP);
- Asistente médico (PA);
- Enfermero/a partero/a certificado/a

Capítulo 3 Cómo usar nuestro plan para su atención médica y otros cubiertos servicios

No puede seleccionar una clínica (RHC o FQHC) como su proveedor de atención primaria, 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.

Cómo elegir un PCP

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

Si ya ha elegido un PCP y ese proveedor no figura en su tarjeta de identificación de miembro, puede comunicarse con Servicios para Miembros para solicitar un cambio llamando al 1-844-812-6896 (TTY 711).

Cómo cambiar de PCP

Puede cambiar de proveedor de atención primaria por cualquier motivo y en cualquier momento. También es posible que su proveedor de atención primaria abandone la red de proveedores de nuestro plan y tenga que elegir uno nuevo. Podemos ayudarle a encontrar un nuevo PCP si el que tiene actualmente deja nuestra red. Si no elige un nuevo PCP, le asignaremos uno.

Si desea cambiar de proveedor de atención primaria, llame a Servicios para Miembros al 1-844-812-6896 (TTY 711). Su cambio de PCP entrará en vigor inmediatamente después de recibir su solicitud.

Sección 2.2 Cómo obtener atención de especialistas y otros proveedores de la red

Un especialista es un médico que presta servicios de atención médica para una enfermedad o parte específica del cuerpo. Existen muchos tipos de especialistas. Por ejemplo:

- Los oncólogos atienden a pacientes con cáncer
- Los cardiólogos atienden a pacientes con enfermedades cardíacas
- Los ortopedistas atienden a pacientes con ciertas afecciones de los huesos, las articulaciones o los músculos

Es muy importante hablar con su médico de cabecera (PCP) antes de consultar con un especialista. Neighborhood no exige una remisión para consultar con ellos. Sin embargo, debe mantener informados a su PCP y a su administrador de atención sobre cualquier cambio en su salud.

Capítulo 3 Cómo usar nuestro plan para su atención médica y otros cubiertos servicios

Después de consultar con un especialista, este podría solicitar otros servicios o medicamentos que requieran una autorización previa. Una autorización previa significa que debe obtener la aprobación de Neighborhood antes de obtener un servicio o medicamento específico, o de consultar con un proveedor fuera de la red. Normalmente, su proveedor le enviará a Neighborhood una carta o formulario explicando la necesidad del servicio o medicamento. Para obtener más información, consulte el Cuadro de beneficios en el Capítulo 4, Sección D.

La selección de su PCP no lo limita a especialistas u hospitales específicos. Si necesita ayuda para encontrar un especialista, puede preguntarle a su proveedor de atención primaria o visitar nuestro sitio web www.nhpri.org/DualCONNECT 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).

Cuando un especialista u otro proveedor de la red abandona nuestro plan

Podemos realizar cambios en los hospitales, médicos y especialistas (proveedores) de la red de nuestro plan durante el año. Si su médico o especialista deja nuestro plan, usted tiene los siguientes derechos y protecciones:

- Aunque nuestra red de proveedores puede cambiar durante el año, Medicare requiere que usted tenga acceso ininterrumpido a médicos y especialistas calificados.
- Le notificaremos que su proveedor abandonará nuestro plan para que tenga tiempo de elegir un nuevo proveedor.
 - Si su proveedor de atención primaria o de salud conductual abandona nuestro plan, le notificaremos si visitó a ese proveedor en los últimos 3 años.
 - Si alguno de sus otros proveedores abandona nuestro plan, le notificaremos si está asignado a ese proveedor, si actualmente recibe atención de él o si lo visitó en los últimos 3 meses.
- Le ayudaremos a elegir un nuevo proveedor calificado dentro de la red para recibir atención continua.
- Si está recibiendo tratamiento médico o terapias con su proveedor actual, tiene derecho a solicitar que se le continúen dando los tratamientos o terapias médicamente necesarios. Colaboraremos con usted para que pueda seguir recibiendo atención.
- Le brindaremos información sobre los períodos de inscripción disponibles y las opciones que puede tener para cambiar de planes.
- Si un proveedor o beneficio de la red no está disponible o no es suficiente para satisfacer sus necesidades médicas, gestionaremos cualquier beneficio cubierto

Capítulo 3 Cómo usar nuestro plan para su atención médica y otros cubiertos servicios

médicamente necesario fuera de nuestra red de proveedores, con un costo compartido dentro de la red. Se requiere autorización previa.

- Si descubre que su médico o especialista dejará nuestro plan, comuníquese con nosotros para que podamos ayudarlo a elegir un nuevo proveedor que administre su atención.
- Si cree que no le hemos proporcionado un proveedor calificado para reemplazar a su proveedor anterior o que su atención no se está administrando adecuadamente, tiene derecho a presentar una queja sobre la calidad de la atención ante la QIO, una queja por la calidad de la atención ante nuestro plan o ambos (consulte el Capítulo 9).

Sección 2.3 Cómo obtener atención de proveedores fuera de la red

Si un proveedor no pertenece a 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 autorización previa. Puede haber ciertas limitaciones para la aprobación, como el número de consultas. Si los servicios están disponibles dentro de la red de nuestro plan, la solicitud podría ser denegada. Siempre tiene derecho a apelar.

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

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

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

Sección 3.1 Obtener atención si tiene una emergencia médica

Una **emergencia médica** ocurre cuando usted, o cualquier otra persona prudente con conocimientos promedio de salud y medicina, cree que presenta síntomas que requieren atención médica inmediata para prevenir la muerte (y, si está embarazada, la pérdida del bebé), la pérdida de una extremidad o la función de una extremidad, o la pérdida o deterioro grave de una función corporal. Los síntomas pueden ser una enfermedad, una lesión, un dolor intenso o una afección médica que empeora rápidamente.

Si tiene una emergencia médica:

- **Busque ayuda lo antes posible.** Llame al 911 para pedir ayuda o acuda a la sala de urgencias o al hospital más cercano. Llame a una ambulancia si la necesita. No necesita obtener primero la aprobación o una referencia de su médico de cabecera. No necesita usar un médico de la red. Puede recibir atención médica de emergencia cubierta cuando la necesite, en cualquier lugar de Estados Unidos o sus territorios, y de cualquier proveedor con la licencia estatal correspondiente, incluso si no forma parte de nuestra red o está en todo el mundo.
- **Lo antes posible, asegúrese de que nuestro plan haya sido informado sobre su emergencia.** Necesitamos dar seguimiento a su atención de emergencia. Usted o alguien más debe llamarnos para informarnos sobre su atención de emergencia, generalmente dentro de las 48 horas. Puede llamar al número de teléfono que se encuentra al reverso de su tarjeta de identificación del plan.

Servicios cubiertos en caso de emergencia médica

Nuestro plan cubre servicios de ambulancia en situaciones en las que llegar a urgencias por cualquier otro medio podría poner en riesgo su salud. También cubrimos servicios médicos durante la emergencia.

Los médicos que le brinden atención de emergencia decidirán cuándo su condición es estable y cuándo ha terminado la emergencia médica.

Una vez superada la emergencia, tiene derecho a recibir atención de seguimiento para asegurar que su condición se mantenga estable. Sus médicos continuarán tratándolo hasta que se comuniquen con nosotros y planifiquen su atención adicional. Nuestro plan cubrirá su atención de seguimiento.

Si su atención de emergencia es brindada por proveedores fuera de la red, intentaremos hacer arreglos para que los proveedores de la red se hagan cargo de su atención tan pronto como su condición médica y las circunstancias lo permitan.

¿Qué pasaría si no hubiera sido una emergencia médica?

A veces puede ser difícil saber si tiene una emergencia médica. Por ejemplo, podría acudir a urgencias pensando que su salud corre grave peligro y el médico podría decirle que, después de todo, no era una emergencia médica. Si resulta que no fue una emergencia, siempre que usted haya considerado razonablemente que su salud corría grave peligro cubriremos su atención.

Capítulo 3 Cómo usar nuestro plan para su atención médica y otros cubiertos servicios

Sin embargo, después de que el médico dijera que no era así, en caso de emergencia, cubriremos atención adicional *solo* si la recibe de una de estas dos maneras:

- Usted acude a un proveedor de la red para recibir atención adicional.
- La atención adicional que recibe se considera un servicio de urgencia y debe seguir las reglas a continuación para obtener esta atención de urgencia.

Sección 3.2 Obtener atención cuando tiene una necesidad urgente de servicios

Un servicio que requiere atención médica inmediata (pero no es una emergencia) se considera urgente si se encuentra temporalmente fuera del área de servicio de nuestro plan o si, dadas sus circunstancias, no es razonable obtenerlo de proveedores de la red. Ejemplos de servicios urgentes son enfermedades y lesiones imprevistas, o reagudizaciones inesperadas de afecciones preexistentes. Sin embargo, las visitas médicas de rutina al proveedor, como los chequeos anuales, no se consideran urgentes, incluso si se encuentra fuera del área de servicio de nuestro plan o si nuestra red no está disponible temporalmente.

Para acceder a servicios de urgencia, debe acudir a un proveedor de la red, según el momento, lugar o circunstancias, y cubriremos la atención de urgencia que reciba de un proveedor fuera de la red.

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

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

Sección 3.3 Recibir 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 aún tiene derecho a recibir atención de nuestro plan.

Visite www.nhpri.org/DualCONNECT para obtener información sobre cómo obtener la atención necesaria durante un desastre

Si no puede usar un proveedor de la red durante un desastre, nuestro plan le permitirá recibir atención de proveedores fuera de la red con el costo compartido de la red. Si no puede usar una farmacia de la red durante un desastre, es posible que pueda surtir sus recetas en una farmacia fuera de la red. Consulte el Capítulo 5, Sección 2.5.

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

Si pagó por sus servicios cubiertos o si recibe una factura por servicios médicos cubiertos, puede solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde del costo de dichos servicios. Consulte el Capítulo 7 para obtener información sobre qué hacer.

Sección 4.1 Si los servicios no están cubiertos por nuestro plan

Neighborhood Dual CONNECT cubre todos los servicios médicamente necesarios enumerados en el Cuadro de beneficios médicos en el Capítulo 4. Si recibe servicios que no están cubiertos por nuestro plan, o recibe servicios fuera de la red sin autorización, usted es responsable de pagar el costo total de los servicios.

Para los servicios cubiertos con un límite de beneficios, también paga el costo total de cualquier servicio que reciba después de agotar su beneficio para ese tipo de servicio cubierto. Llame a Servicios para Miembros para averiguar cuáles son los límites y cuánto le falta para alcanzarlos.

SECCIÓN 5 Servicios médicos en un estudio de investigación clínica

Sección 5.1 ¿Qué es un estudio de investigación clínica?

Un estudio de investigación clínica (también llamado *ensayo clínico*) es una forma en que médicos y científicos prueban nuevos tipos de atención médica, como la eficacia de un nuevo medicamento contra el cáncer. Algunos estudios de investigación clínica están aprobados por Medicare. Los estudios de investigación clínica aprobados por Medicare suelen solicitar voluntarios para participar en el estudio. Mientras participe 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 participa en un estudio aprobado por Medicare, Medicare Original cubre la mayoría de los costos de los servicios cubiertos que reciba como parte del estudio. Si nos informa que participa en un ensayo clínico calificado, solo será responsable del costo compartido dentro de la red por los servicios de ese ensayo. Si pagó más (por ejemplo, si ya pagó el costo compartido de Medicare Original), le reembolsaremos la diferencia entre lo que pagó y el costo compartido dentro de la red. Deberá proporcionarnos documentación que demuestre cuánto pagó.

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 brindan atención como parte del estudio de investigación clínica no necesitan

Capítulo 3 Cómo usar nuestro plan para su atención médica y otros cubiertos servicios

pertenecer a la red de nuestro plan. (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).

Si bien no necesita el permiso de nuestro plan para participar en un estudio de investigación clínica, le recomendamos que nos notifique con anticipación cuando elija participar en ensayos clínicos calificados por Medicare.

Si participa en un estudio no aprobado por Medicare, usted será responsable de pagar todos los costos de su participación en el estudio.

Sección 5.2 ¿Quién paga los servicios en un estudio de investigación clínica?

Una vez que se une a un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, Medicare Original cubre los artículos y servicios de rutina que recibe como parte del estudio, incluidos:

- Alojamiento y comida para una estadía en un hospital que Medicare pagaría incluso si usted no participara en un estudio.
- Una operación u otro procedimiento médico si es parte del estudio de investigación.
- Tratamiento de efectos secundarios y complicaciones de la nueva atención.

Una vez que Medicare haya pagado su parte del costo de estos servicios, nuestro plan pagará el resto. Al igual que con todos los servicios cubiertos, no pagará nada por los servicios cubiertos que reciba en el estudio de investigación clínica.

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

- Por lo general, Medicare no pagará el nuevo artículo o servicio que se está probando en el estudio, a menos que Medicare cubra el artículo o servicio incluso si usted no participara en un estudio.
- Artículos o servicios proporcionados únicamente para recopilar datos y no utilizados en su atención médica directa. Por ejemplo, Medicare no cubrirá las tomografías computarizadas mensuales realizadas como parte de un estudio si su afección médica normalmente solo requiere una.
- Artículos y servicios proporcionados por los patrocinadores de la investigación de forma gratuita para las personas que participan en el ensayo.

Obtenga más información sobre cómo unirse a un estudio de investigación clínica

Obtenga más información sobre cómo participar en un estudio de investigación clínica en la publicación de Medicare "*Medicare y Estudios de Investigación Clínica*", disponible en www.Medicare.gov/sites/default/files/2019-09/02226-medicare-and-clinical-research-studies.pdf. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 6 Reglas para recibir atención en una institución religiosa de atención de salud no médica

Sección 6.1 Una institución religiosa de atención de salud no médica

Una institución religiosa de atención de salud no médica es un centro que brinda atención para afecciones que normalmente se tratarían en un hospital o centro de enfermería especializada. Si recibir atención en un hospital o centro de enfermería especializada va en contra de las creencias religiosas de un miembro, cubriremos la atención en una institución religiosa de atención médica no médica. Este beneficio se ofrece solo para servicios de hospitalización de la Parte A (servicios de atención de salud no médica).

Sección 6.2 Cómo obtener atención de una institución religiosa de atención de salud no médica

Para recibir atención de una institución de salud no médica religiosa, debe firmar un documento legal que indique que se opone conscientemente a recibir un tratamiento médico que **no esté exceptuado**.

- La atención o tratamiento médico **no exceptuado** es cualquier atención o tratamiento médico que sea *voluntario* y *no requerido* por ninguna ley federal, estatal o local.
- El tratamiento médico **exceptuado** es la atención médica o el tratamiento que usted recibe y que *no* es voluntario o *que es requerido* por la ley federal, estatal o local.

Para estar cubierto por nuestro plan, la atención que reciba de una institución religiosa de atención de salud no médica debe cumplir las siguientes condiciones:

- El centro que proporciona la atención debe estar certificado por Medicare.
- Nuestro plan solo cubre los aspectos *no religiosos* de la atención.
- Si recibe servicios de esta institución que se le brindan en un centro, se aplican las siguientes condiciones:

Capítulo 3 Cómo usar nuestro plan para su atención médica y otros cubiertos servicios

- Debe tener una condición médica que le permita obtener servicios cubiertos de atención hospitalaria para pacientes internados o atención en un centro de enfermería especializada.
- – y – debe obtener la aprobación previa de nuestro plan antes de ser admitido en la instalación, o su estadía no estará cubierta.

La cobertura hospitalaria para pacientes hospitalizados se basa en la necesidad médica y requiere autorización previa. Para más información sobre la cobertura hospitalaria para pacientes hospitalizados, consulte el Cuadro de beneficios en el Capítulo 4.

SECCIÓN 7 Reglas para ser propietario de equipos médicos duraderos

Sección 7.1 No será propietario de ciertos equipos médicos duraderos después de realizar una cierta cantidad de pagos bajo nuestro plan

El equipo médico duradero (durable medical equipment, EMD) incluye artículos como equipos y suministros de oxígeno, sillas de ruedas, andadores, sistemas de colchón eléctricos, muletas, suministros para diabéticos, dispositivos para generar voz, bombas de infusión intravenosa, nebulizadores y camas de hospital solicitadas por un proveedor para que los miembros las usen en casa. El miembro siempre es propietario de ciertos artículos de EMD, como prótesis. Otros tipos de EMD se deben alquilar.

En Medicare Original, quienes alquilan ciertos tipos de EMD son propietarios del equipo tras pagar copagos por el artículo durante 13 meses. **Como miembro de Neighborhood Dual CONNECT, usted no tendrá la propiedad de los equipos médicos duraderos alquilados, independientemente de la cantidad de copagos que realice mientras sea miembro de nuestro plan.** No será propietario, incluso si realizó hasta 12 pagos consecutivos por el equipo médico duradero con Medicare Original antes de unirse a nuestro plan.

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

Si no obtuvo la propiedad del equipo médico duradero (EMD) mientras estaba en nuestro plan, deberá realizar 13 pagos consecutivos después de cambiarse a Medicare Original para obtener la propiedad del equipo. Los pagos que realizó mientras estaba afiliado a nuestro plan no cuentan para estos 13 pagos.

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

Ejemplo 2: Realizó 12 pagos consecutivos o menos por el artículo en Medicare Original y luego se unió a nuestro plan. No obtuvo la propiedad del artículo mientras estuvo en nuestro

plan. Luego, regresa a Medicare Original. Tendrá que realizar 13 pagos consecutivos para obtener la propiedad del artículo una vez que se reincorpore a Medicare Original. Los pagos que ya haya realizado (ya sea a nuestro plan o a Medicare Original) no cuentan.

Sección 7.2 Reglas para equipos de oxígeno, suministros y mantenimiento

Si califica para la cobertura de equipo de oxígeno de Medicare, Neighborhood Dual CONNECT cubrirá:

- Alquiler de equipos de oxígeno
- Suministro de oxígeno y contenidos de oxígeno
- Tubos y accesorios de oxígeno relacionados para el suministro de oxígeno y contenidos de oxígeno
- Mantenimiento y reparaciones de equipos de oxígeno

Si abandona Neighborhood Dual CONNECT o ya no necesita por razones médicas el equipo de oxígeno, deberá devolverlo.

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

Medicare Original exige que un proveedor de oxígeno le brinde servicios durante 5 años. Durante los primeros 36 meses, usted alquila el equipo. Durante los 24 meses restantes, el proveedor proporciona el equipo y el mantenimiento (usted sigue siendo responsable del copago del oxígeno). Después de 5 años, puede optar por permanecer en la misma compañía o cambiarse a otra. En este punto, el ciclo de 5 años comienza de nuevo, incluso si permanece en la misma compañía, y deberá pagar copagos durante los primeros 36 meses. Si se une o abandona nuestro plan, el ciclo de 5 años comienza de nuevo.

CAPÍTULO 4:

Cuadro de beneficios médicos (qué está cubierto)

SECCIÓN 1 Comprensión de los servicios cubiertos

El Cuadro de beneficios médicos detalla los servicios cubiertos como miembro de Neighborhood Dual CONNECT. Esta sección también ofrece información sobre los servicios médicos no cubiertos y explica los límites de ciertos servicios.

Sección 1.1 Usted no paga nada por los servicios cubiertos

Como recibe ayuda de Medicaid, no paga nada por los servicios cubiertos, siempre que cumpla con las reglas de nuestros planes para recibir atención médica. (Consulte el Capítulo 3 para obtener más información sobre las reglas de nuestros planes para recibir atención médica).

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

Nota: Dado que nuestros miembros también reciben ayuda de Medicaid, muy pocos alcanzan este límite de gastos de bolsillo. Usted no es responsable de pagar ningún gasto de bolsillo para el monto máximo de gasto de bolsillo por los servicios cubiertos de las Partes A y B.

Los planes Medicare Advantage tienen límites en el monto que debe pagar de su bolsillo cada año por los servicios médicos cubiertos por las Partes A y B de Medicare. Este límite se denomina monto máximo de bolsillo (maximum out-of-pocket, MOOP) para servicios médicos. **Para el año calendario 2026, el monto del MOOP es de \$9,250.**

Los montos que paga por copagos y coseguros por los servicios cubiertos se contabilizan para este monto máximo de bolsillo. Los montos que paga por medicamentos de la Parte D no se contabilizan para el monto máximo de bolsillo. Además, los montos que paga por algunos servicios no se contabilizan para el monto máximo de bolsillo. Si alcanza el monto máximo de bolsillo de \$9,250, no tendrá que pagar ningún costo de bolsillo por el resto del año por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. Sin embargo, debe continuar

pagando la prima de la Parte B de Medicare (a menos que Medicaid u otro tercero pague su prima de la Parte B por usted).

SECCIÓN 2 El Cuadro de beneficios médicos muestra sus beneficios y costos médicos

El Cuadro de beneficios médicos en las siguientes páginas enumera los servicios Neighborhood Dual CONNECT cubre (la cobertura de medicamentos de la Parte D se encuentra en el Capítulo 5). Los servicios enumerados en el Cuadro de beneficios médicos están cubiertos solo cuando se cumplen estos requisitos:

- Los servicios cubiertos por Medicare deben brindarse de acuerdo con las pautas de cobertura de Medicare.
- Sus servicios (incluyendo atención médica, servicios, suministros, equipos y medicamentos de la Parte B) *deben* ser médicamente necesarios. Médicamente necesario significa que los servicios, suministros o medicamentos son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección médica y cumplen con los estándares aceptados de la práctica médica.
- Para los nuevos afiliados su plan de atención coordinada de MA debe proporcionar un período de transición mínimo de 90 días, durante el cual el nuevo plan de MA puede no requerir autorización previa para ningún curso de tratamiento activo, incluso si el curso de tratamiento fue para un servicio que comenzó con un proveedor fuera de la red.
- Recibe atención médica de un proveedor de la red. En la mayoría de los casos, la atención médica que recibe de un proveedor fuera de la red no está cubierta, a menos que se trate de una emergencia o atención de urgencia, o a menos que nuestro plan o un proveedor de la red lo hayan referido. Esto significa que usted paga al proveedor el costo total de los servicios fuera de la red que recibe.
- Usted tiene un proveedor de atención primaria (PCP) que brinda y supervisa su atención.
- Algunos servicios incluidos en el Cuadro de beneficios médicos *solo* están cubiertos si su médico u otro proveedor de la red obtiene nuestra aprobación previa (a veces llamada autorización previa). Los servicios cubiertos que requieren aprobación previa están marcados con un asterisco en el Cuadro de beneficios médicos.
- Si su plan de atención coordinada prevé la aprobación de una solicitud de autorización previa para un curso de tratamiento, la aprobación debe ser válida durante el tiempo que sea médicamente razonable y necesario para evitar interrupciones en la atención de acuerdo con los criterios de cobertura aplicables, su historial médico y la recomendación del proveedor tratante.

Otras cosas importantes que debe saber sobre nuestra cobertura:

- Tiene cobertura tanto de Medicare como de Medicaid. Medicare cubre la atención médica y los medicamentos recetados. Medicaid cubre los costos compartidos de los servicios de Medicare, incluyendo consultas con especialistas, cirugía ambulatoria, servicios de emergencia, servicios de urgencia y transporte de emergencia. Medicaid también cubre servicios que Medicare no cubre.
- Al igual que todos los planes de salud de Medicare, cubrimos todo lo que cubre Medicare Original (Para obtener más información sobre la cobertura y los costos de Medicare Original, consulte el manual *Medicare & You 2026*. Consúltelo en línea en www.Medicare.gov o solicite una copia llamando al 1-800-MEDICARE [1-800-633-4227]. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).
- Para los servicios preventivos cubiertos sin costo por Medicare Original, también cubrimos esos servicios sin costo para usted. Sin embargo, si también recibe tratamiento o seguimiento por una condición médica preexistente durante la consulta cuando recibe el servicio preventivo, se aplicará un copago por la atención recibida para dicha condición médica.
- Si Medicare agrega cobertura para cualquier servicio nuevo durante 2026, Medicare o nuestro plan cubrirán esos servicios.
- Si se encuentra dentro del período de 1 mes de elegibilidad continua considerada de nuestro plan, continuaremos brindándole todos los beneficios de Medicare cubiertos por el plan Medicare Advantage. Sin embargo, durante este período, el monto que usted paga por los servicios cubiertos por Medicare puede aumentar.

No paga nada por los servicios enumerados en el Cuadro de beneficios médicos, siempre que cumpla con los requisitos de cobertura descritos anteriormente.

Información importante sobre beneficios para personas que califican para recibir Ayuda adicional:

- Si recibe Ayuda adicional para pagar los costos de su cobertura de medicamentos de Medicare, puede ser elegible para otros beneficios complementarios específicos y/o costos compartidos reducidos específicos.

Información importante sobre beneficios para personas inscritas con enfermedades crónicas:

- Si le diagnostican alguna de las afecciones crónicas que se enumeran a continuación y cumple con ciertos criterios, puede ser elegible para recibir beneficios complementarios especiales para enfermos crónicos.
 - Trastornos autoinmunes, cáncer, trastornos cardiovasculares, trastorno por consumo crónico de alcohol y otros trastornos por consumo de sustancias (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 (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, Neighborhood evaluará constantemente la elegibilidad para estos beneficios adicionales utilizando diversos recursos, como la Evaluación de Riesgos de Salud (HRA) del miembro, reclamos médicos/farmacéuticos y otra documentación clínica de respaldo.
- Para obtener más detalles consulte la fila *Beneficios complementarios especiales para enfermos crónicos* en el Cuadro de beneficios médicos a continuación.
- Contáctenos para saber exactamente a qué beneficios puede tener derecho.








Esta manzana muestra los servicios preventivos en el Cuadro de beneficios médicos.


Cuadro de beneficios médicos



Servicio cubierto	Lo que usted paga
 Detección de aneurisma aórtico abdominal Una ecografía de detección única para personas en riesgo. Nuestro plan solo cubre esta prueba si presenta ciertos factores de riesgo y si recibe una referencia de su médico, asistente médico, enfermera practicante o enfermera clínica especialista.	No hay coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para esta evaluación preventiva.
Acupuntura para el dolor lumbar crónico Los servicios cubiertos incluyen: Se cubren hasta 12 visitas en 90 días en las siguientes circunstancias: A los efectos de este beneficio, el dolor lumbar crónico se define como: <ul style="list-style-type: none"> • Que dura 12 semanas o más; • No es específico, en el sentido de que no tiene una causa sistémica identificable (es decir, no está asociado con enfermedad metastásica, inflamatoria, infecciosa, etc.); • No está asociado con una cirugía; y • No está asociado con el embarazo. Se cubrirán 8 sesiones adicionales para los pacientes que demuestren mejoría. No se podrán administrar más de 20 sesiones de acupuntura al año. El tratamiento debe suspenderse si el paciente no mejora o presenta regresión. Requisitos del proveedor: 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. 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:	\$0


Servicio cubierto	Lo que usted paga
<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 ambulancia*</p> <p>Los servicios de ambulancia cubiertos, ya sea para una situación de emergencia o no, incluyen servicios de ambulancia terrestre, de ala fija y de ala rotatoria, hasta el centro médico más cercano que pueda brindar atención, si se brindan a un miembro cuya condición médica es tal que otros medios de transporte podrían poner en peligro su salud o si nuestro plan lo autoriza. Si los servicios de ambulancia cubiertos no son para una situación de emergencia se debe documentar que la condición del miembro es tal que otros medios de transporte podrían poner en peligro su salud y que el transporte en ambulancia es médicamente necesario.</p> <p>*Puede requerirse autorización previa para servicios de ambulancia que no sean de emergencia.</p>	\$0
<p> Visita anual de bienestar</p> <p>Si lleva más de 12 meses con la Parte B, puede obtener una consulta de bienestar anual para desarrollar o actualizar un plan de prevención personalizado según su estado de salud actual y sus factores de riesgo. Esta consulta está cubierta una vez cada 12 meses.</p> <p>Nota: Su primera visita de bienestar anual No puede realizarse dentro de los 12 meses posteriores a su visita preventiva de</p>	No hay coseguro, copago ni deducible para la visita de bienestar anual.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
<p><i>Bienvenido a Medicare.</i> Sin embargo, no es necesario haber tenido una visita de <i>Bienvenido a Medicare</i> para tener cobertura para las visitas anuales de bienestar 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 la masa ósea</p> <p>Para las personas calificadas (generalmente, esto significa personas en riesgo de perder masa ósea o en riesgo de osteoporosis), los siguientes servicios están cubiertos cada 24 meses o con mayor frecuencia si es médicamente necesario: procedimientos para identificar la masa ósea, detectar la pérdida ósea o determinar la calidad ósea, incluida la interpretación de los resultados por parte de un médico.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para la medición de masa ósea cubierta por Medicare.</p>
<p> Detección del cáncer de mama (mamografías)</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Una mamografía de referencia entre los 35 y 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 	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para las mamografías de detección cubiertas.</p>
<p>Servicios de rehabilitación cardíaca</p> <p>Se cubren programas integrales de servicios de rehabilitación cardíaca que incluyen ejercicio educación y asesoramiento para los miembros que cumplen ciertas condiciones con una orden del médico.</p> <p>Nuestro plan también cubre programas intensivos de rehabilitación cardíaca que suelen ser más rigurosos o más intensos que los programas de rehabilitación cardíaca.</p>	<p>\$0</p>
<p> Visita de reducción del riesgo de enfermedades cardiovasculares (terapia para enfermedades cardiovasculares)</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para el beneficio de prevención de enfermedades cardiovasculares</p>


Servicio cubierto	Lo que usted paga
<p>Cubrimos una visita al año con su PCP para ayudarle a reducir su riesgo de enfermedad cardiovascular. Durante esta visita, su médico podría hablar sobre el uso de aspirina (si corresponde), controlar su presión arterial y darle consejos para asegurarse de que lleve una alimentación saludable.</p>	<p>mediante terapia conductual intensiva.</p>
<p> Pruebas de detección de enfermedades cardiovasculares Análisis de sangre para la detección de enfermedades cardiovasculares (o anomalías asociadas con un riesgo elevado de enfermedades cardiovasculares) una vez cada 5 años (60 meses).</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para las pruebas de enfermedad cardiovascular que se cubren una vez cada 5 años.</p>
<p> Detección del cáncer de cuello uterino y de vagina Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Para todas las mujeres: las pruebas de Papanicolaou y los exámenes pélvicos están cubiertos una vez cada 24 meses • Si tiene un alto riesgo de cáncer de cuello uterino o de vagina o está en edad fértil y ha tenido una prueba de Papanicolaou anormal en los últimos 3 años: una prueba de Papanicolaou cada 12 meses 	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para los exámenes pélvicos y de Papanicolaou preventivos cubiertos por Medicare.</p>
<p>Servicios de quiropraxia* Los servicios cubiertos son los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cubrimos únicamente la manipulación manual de la columna para corregir la subluxación. • Doce (12) visitas de tratamiento al año. Se podrán cubrir los servicios quiroprácticos médicamente necesarios que excedan el límite anual de doce (12) visitas. <p>*Puede requerirse autorización previa.</p>	<p>\$0</p>
<p>Servicios de manejo y tratamiento del dolor crónico 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. \$0</p>

Servicio cubierto	Lo que usted paga
<p data-bbox="203 338 695 394"> Detección del cáncer colorrectal</p> <p data-bbox="203 405 824 443">Se cubren las siguientes pruebas de detección:</p> <ul data-bbox="212 457 1024 1900" style="list-style-type: none"><li data-bbox="212 457 1024 730">• 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.<li data-bbox="212 741 1024 1262">• 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 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.<li data-bbox="212 1272 1024 1507">• 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.<li data-bbox="212 1518 1024 1598">• Pruebas de detección de sangre oculta en heces para pacientes de 45 años o más. Una vez cada 12 meses.<li data-bbox="212 1608 1024 1688">• ADN fecal multidiaria para pacientes de 45 a 85 años que no cumplen criterios de alto riesgo. Una vez cada 3 años.<li data-bbox="212 1698 1024 1818">• Pruebas de biomarcadores sanguíneos para pacientes de 45 a 85 años que no cumplen los criterios de alto riesgo. Cada 3 años.<li data-bbox="212 1829 1024 1900">• Las pruebas de detección de cáncer colorrectal incluyen una colonoscopia de detección de seguimiento después	<p data-bbox="1063 344 1421 856">No hay coseguro, copago ni deducible para una prueba de detección de cáncer colorrectal cubierta por Medicare Si su médico encuentra y extirpa un pólipo u otro tejido durante la colonoscopia o la sigmoidoscopia flexible, la prueba de detección se convierte en una prueba de diagnóstico.</p>

Servicio cubierto	Lo que usted paga
<p>de que una prueba de detección de cáncer colorrectal no invasiva basada en heces cubierta por Medicare arroje un resultado positivo.</p> <ul style="list-style-type: none"> 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>En general, los servicios dentales preventivos (como limpiezas, exámenes dentales de rutina y radiografías dentales) no están cubiertos por Medicare Original. Sin embargo, Medicare cubre los servicios dentales en un número limitado de circunstancias, especialmente cuando dicho servicio forma parte integral del tratamiento específico de la afección médica primaria de una persona. Algunos ejemplos incluyen la reconstrucción de la mandíbula después de una fractura o lesión, las extracciones dentales realizadas como preparación para la radioterapia por cáncer de mandíbula o los exámenes bucales previos a un trasplante de órganos.</p> <p>*Puede requerirse autorización previa.</p>	\$0
<p> Detección de depresión</p> <p>Cubrimos una prueba de detección de depresión al año. La prueba debe realizarse en un centro de atención primaria que pueda ofrecer tratamiento de seguimiento o derivaciones.</p>	No hay coseguro, copago ni deducible para una visita anual de detección de depresión.
<p> Detección de diabetes</p> <p>Cubrimos esta evaluación (incluye pruebas de glucosa en ayunas) si presenta alguno de estos factores de riesgo: presión arterial alta (hipertensión), antecedentes de niveles anormales de colesterol y triglicéridos (dislipidemia), obesidad o antecedentes de niveles altos de azúcar en sangre (glucosa). Las pruebas también podrían estar cubiertas si cumple con otros requisitos, como sobrepeso y antecedentes familiares de diabetes.</p>	No hay coseguro, copago ni deducible para las pruebas de detección de diabetes cubiertas por Medicare.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
<p>Usted puede ser elegible para hasta 2 exámenes de detección de diabetes cada 12 meses después de la fecha de su prueba de detección de diabetes más reciente.</p>	
<p> Capacitación para el autocontrol de la diabetes, servicios y suministros para diabéticos*</p> <p>Para todas las personas con diabetes (usuarios y no usuarios de insulina). Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Suministros para controlar su glucosa en sangre: monitor de glucosa en sangre, tiras reactivas para medir glucosa en sangre, dispositivos de lancetas y lancetas, y soluciones de control de glucosa para comprobar la precisión de las tiras reactivas y los monitores. • Para personas con diabetes que padecen pie diabético grave: un par de zapatos terapéuticos hechos a medida por año calendario (incluidas las plantillas que se incluyen) y dos pares adicionales de plantillas, o un par de zapatos con suela gruesa y tres pares de plantillas (sin incluir las plantillas extraíbles no personalizadas que se incluyen). La cobertura incluye la prueba. • La capacitación en autogestión de la diabetes está cubierta bajo ciertas condiciones. <p>*Puede requerirse autorización previa.</p>	<p>\$ 0</p>
<p>Equipo médico duradero (EMD) y suministros relacionados*</p> <p>(Para obtener una definición de equipo médico duradero, consulte el Capítulo 12 y el Capítulo 3)</p> <p>Los artículos cubiertos incluyen, entre otros, sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para diabéticos, camas de hospital solicitadas por un proveedor para uso en el hogar, bombas de infusión intravenosa, dispositivos de generación de voz, equipos de oxígeno, nebulizadores y andadores.</p> <p>Cubrimos todo el equipo médico duradero (EMD) médicamente necesario cubierto por Medicare Original. Si nuestro proveedor en su área no ofrece una marca o fabricante en particular, puede preguntarle si puede</p>	<p>\$0</p> <p>Su costo compartido para la cobertura del equipo de oxígeno de Medicare es de \$0.</p>


Servicio cubierto	Lo que usted paga
<p>encargarlo especialmente para usted. La lista más reciente de proveedores está disponible en nuestro sitio web www.nhpri.org/DualCONNECT.</p> <p>En general, Neighborhood Dual CONNECT cubre cualquier equipo médico duradero (EMD) cubierto por Medicare Original de las marcas y fabricantes de esta lista. No cubriremos otras marcas ni fabricantes a menos que su médico u otro proveedor nos indique que la marca es adecuada para sus necesidades médicas. Si es nuevo en Neighborhood Dual CONNECT y usa una marca de equipo médico duradero que no está en nuestra lista, continuaremos cubriéndola hasta por 90 días. Durante este tiempo, debe hablar con su médico para decidir qué marca es médicamente apropiada después de este período de 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 proveedor) 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 proveedor sobre qué producto o marca es adecuado para su afección médica. (Para obtener más información sobre las apelaciones, consulte el Capítulo 9).</p> <p>*Puede requerirse autorización previa.</p>	
<p>Atención de emergencia</p> <p>La atención de emergencia se refiere a los servicios que son:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Proporcionados por un proveedor calificado para brindar servicios de emergencia, y • Necesarios para evaluar o estabilizar una condición médica de emergencia. <p>Una emergencia médica ocurre cuando usted, o cualquier otra persona prudente con conocimientos promedio de salud y medicina, cree que presenta síntomas que requieren atención médica inmediata para prevenir la muerte (y, si está embarazada, la pérdida del bebé), la pérdida de una extremidad o la pérdida de la función de una extremidad. Los síntomas pueden ser una enfermedad, una lesión, un dolor intenso o una afección que empeora rápidamente.</p>	<p>\$0</p> <p>Si recibe atención de emergencia en un hospital fuera de la red y necesita atención hospitalaria después de que su condición de emergencia se haya estabilizado, su atención hospitalaria en el hospital fuera de la red debe estar autorizada por nuestro plan y su costo es el costo compartido más alto que pagaría en un hospital de la red.</p>

Servicio cubierto	Lo que usted paga
<p>El costo compartido de los servicios de emergencia necesarios que recibe fuera de la red es el mismo que cuando recibe estos servicios dentro de la red.</p> <p>La cobertura incluye EE. UU. y sus territorios, y todo el mundo.</p>	
<p>Beneficio de fitness</p> <p>El beneficio de fitness 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"> • YMCA de Bayside (Barrington, RI) • YMCA de Cranston (Cranston, RI) • YMCA del lado este (Providence, RI) • YMCA del condado de Kent (Warwick, RI) • YMCA MacColl (Lincoln, RI) • YMCA de Newman (Seekonk, MA) • YMCA familiar de Pawtucket (Pawtucket, RI) • YMCA del condado sur (Wakefield, RI) <p>Los miembros deben elegir una ubicación designada.</p>	\$0
<p>Servicios de audición</p> <p>Las evaluaciones diagnósticas de audición y equilibrio realizadas por su proveedor para determinar si necesita tratamiento médico están cubiertas como atención ambulatoria cuando las recibe de un médico, audiólogo u otro proveedor calificado.</p>	\$0
<p> Prueba de detección del VIH</p> <p>Para las personas que solicitan una prueba de detección del VIH o tienen un mayor riesgo de infección por VIH, cubrimos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un examen de detección cada 12 meses. <p>Si está embarazada, cubrimos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hasta 3 exámenes de detección durante el embarazo. 	No hay coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para la prueba preventiva del VIH cubierta por Medicare.
<p>Atención médica domiciliaria*</p> <p>Antes de recibir servicios de salud a domicilio, un médico debe certificar que los necesita y solicitará que una agencia de</p>	\$0



Servicio cubierto	Lo que usted paga
<p>salud a domicilio los proporcione. Debe estar confinado en su hogar, lo que significa que salir de casa supone un gran esfuerzo.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de enfermería especializada y de asistencia sanitaria a domicilio a tiempo parcial o intermitente (para estar cubierto por el beneficio de atención de salud a domicilio, sus servicios de enfermería especializada y de asistencia de salud 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>	
<p>Terapia de infusión domiciliaria*</p> <p>La terapia de infusión domiciliaria consiste en la administración intravenosa o subcutánea de medicamentos o productos biológicos a una persona en su domicilio. Los componentes necesarios para realizar la infusión domiciliaria incluyen el medicamento (por ejemplo, antivirales, inmunoglobulina), el equipo (por ejemplo, una bomba) y los suministros (por ejemplo, tubos y catéteres).</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios profesionales, incluidos los servicios de enfermería, prestados de acuerdo con nuestro plan de atención. • Capacitación y educación de pacientes que no estén cubiertas de otro modo por el beneficio de equipo médico duradero • Monitoreo remoto • Servicios de supervisión para la prestación de terapia de infusión domiciliaria y medicamentos de infusión domiciliaria proporcionados por un proveedor de terapia de infusión domiciliaria calificado <p>*Puede requerirse autorización previa.</p>	<p>\$0</p>

Servicio cubierto	Lo que usted paga
<p>Cuidados paliativos</p> <p>Usted es elegible para el beneficio de cuidados paliativos cuando su médico y el director médico del centro le han dado un pronóstico terminal que certifica que tiene una enfermedad terminal y le quedan 6 meses o menos de vida si su enfermedad sigue su curso normal. Puede recibir atención de cualquier programa de cuidados paliativos certificado por Medicare. Nuestro plan está obligado a ayudarle 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 el control de los síntomas y el alivio del dolor• Cuidado de relevo a corto plazo• Cuidado domiciliario <p>Cuando lo admiten en un centro de cuidados paliativos, tiene derecho a permanecer en nuestro plan; si permanece en nuestro plan, debe continuar pagando las primas.</p> <p>Para los servicios de cuidados paliativos y los servicios cubiertos por las Partes A o B de Medicare relacionados con su pronóstico terminal: Medicare Original (en lugar de nuestro plan) pagará a su proveedor de cuidados paliativos por sus servicios de cuidados paliativos y cualquier servicio de las Partes A y B relacionado con su pronóstico terminal. Mientras esté en el programa de cuidados paliativos, su proveedor facturará a Medicare Original los servicios que cubre. Se le facturará el costo compartido de Medicare Original.</p> <p>Para servicios cubiertos por la Parte A o B de Medicare no relacionados con su pronóstico terminal: si necesita servicios que no son de emergencia ni de urgencia cubiertos por la Parte A o B de Medicare que no están relacionados con su pronóstico terminal, el costo de estos servicios depende de si utiliza un proveedor de la red de nuestro plan y sigue las</p>	<p>Cuando se inscribe en un programa de cuidados paliativos certificado por Medicare, sus servicios de cuidados paliativos y sus servicios de la Parte A y la Parte B relacionados con su pronóstico terminal son pagados por Medicare Original, no por Neighborhood Dual CONNECT</p>

Servicio cubierto	Lo que usted paga
<p>reglas del plan (como si existiera un requisito para obtener una autorización previa).</p> <ul style="list-style-type: none">• Si recibe los servicios cubiertos de un proveedor de la red y sigue las reglas del plan para obtener el servicio, usted paga solo el monto de costo compartido de nuestro plan por los servicios dentro de la red.• Si recibe los servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red, usted paga el costo compartido según Medicare Original. <p>Para servicios cubiertos por Neighborhood Dual CONNECT pero que no están cubiertos por la Parte A o B de Medicare Neighborhood Dual CONNECT continuará cubriendo los servicios cubiertos por el plan que no estén cubiertos por la Parte A o la Parte B, independientemente de si están relacionados con su pronóstico terminal. Usted paga el costo compartido de nuestro plan por estos servicios.</p> <p>Para medicamentos que podrían estar cubiertos por el beneficio de la Parte D de nuestro plan: Si estos medicamentos no están relacionados con su condición terminal de hospicio, usted paga el costo compartido. Si están relacionados con su condición terminal de cuidados paliativos, usted paga el costo compartido de Medicare Original. Los medicamentos nunca están cubiertos simultáneamente por el centro de cuidados paliativos y nuestro plan. Para obtener más información, consulte el Capítulo 5, Sección 9.4.</p> <p>Nota: Si necesita cuidados que no sean paliativos (atención que no está relacionada con su pronóstico terminal), contáctenos para coordinar los servicios.</p>	


Servicio cubierto	Lo que usted paga
<p> Vacunas</p> <p>Los servicios cubiertos por la Parte B de Medicare incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none">• Vacunas contra la neumonía• Vacunas contra la gripe/influenza, una vez por temporada de gripe/influenza en otoño e invierno, con vacunas contra la gripe/influenza adicionales si es médicamente necesario• Vacunas contra la hepatitis B si tiene un riesgo alto o intermedio de contraer hepatitis B• Vacunas para COVID-19• Otras vacunas si está en riesgo y cumplen con las reglas de cobertura de la Parte B de Medicare <p>También cubrimos la mayoría de las demás vacunas para adultos bajo nuestro beneficio de medicamentos de la Parte D. Consulte el Capítulo 6, Sección 8 para obtener más información.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para las vacunas contra la neumonía, la gripe/influenza, la hepatitis B y la COVID-19.</p>
<p>Atención hospitalaria para pacientes internados*</p> <p>Incluye hospitalización de cuidados agudos, rehabilitación, cuidados a largo plazo y otros servicios hospitalarios. La atención hospitalaria comienza el día de ingreso formal con orden médica. El día anterior al alta es su último día de hospitalización.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none">• Habitación semiprivada (o habitación privada si es médicamente necesario)• Comidas, incluidas dietas especiales• Servicios regulares de enfermería• Costos de las unidades de cuidados especiales (como cuidados intensivos o unidades de cuidados coronarios)• Medicamentos y fármacos• Pruebas de laboratorio• Rayos-X y otros servicios de radiología• Suministros médicos y quirúrgicos necesarios• Uso de aparatos, como sillas de ruedas	<p>\$0</p> <p>Si recibe atención médica autorizada para pacientes hospitalizados en un hospital fuera de la red después de su condición de emergencia se estabiliza, su costo es el costo compartido que pagaría en un hospital de la red.</p>

Servicio cubierto	Lo que usted paga
<ul style="list-style-type: none">• Costos de quirófano y sala de recuperación• Terapia física, ocupacional y del lenguaje del habla• Servicios de abuso de sustancias para pacientes hospitalizados• Bajo ciertas condiciones, se cubren los siguientes tipos de trasplantes: córnea, riñón, riñón-páncreas, corazón, hígado, pulmón, corazón-pulmón, médula ósea, células madre e intestino/multivisceral Si necesita un trasplante, coordinaremos la revisión de su caso en un centro de trasplantes aprobado por Medicare, que decidirá si es candidato para un trasplante. Los proveedores de trasplantes pueden ser locales o estar fuera del área de servicio. Si nuestros servicios de trasplante dentro de la red están fuera del patrón de atención comunitaria, puede optar por un trasplante local siempre que los proveedores locales estén dispuestos a aceptar la tarifa de Medicare Original. Si Neighborhood Dual CONNECT proporciona servicios de trasplante en una ubicación fuera del patrón de atención para trasplantes en su comunidad y usted elige recibir trasplantes en esta ubicación distante, organizaremos o pagaremos los costos de alojamiento y transporte adecuados para usted y un acompañante• Sangre, incluyendo almacenamiento y administración. La cobertura de sangre completa y concentrado de glóbulos rojos comienza solo con la primera pinta de sangre que necesite• 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 www.Medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf o llamando al 1-800-</p>	

Servicio cubierto	Lo que usted paga
<p>MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.</p> <p>*Puede requerirse autorización previa.</p>	
<p>Servicios de hospitalización en un hospital psiquiátrico*</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen servicios de atención de salud mental que requieren estadía en el hospital.</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 brindados 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>	<p>\$0</p>
<p> Terapia nutricional médica*</p> <p>Este beneficio es para personas con diabetes, enfermedad renal (pero que no estén en diálisis) o después de un trasplante de riñón cuando así lo solicite su médico.</p> <p>Cubrimos 3 horas de servicios de consejería individual durante el primer año que reciba servicios de terapia nutricional médica con Medicare (esto incluye nuestro plan, cualquier otro plan Medicare Advantage o Medicare Original) y 2 horas cada año posterior. 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 su orden anualmente si su tratamiento es necesario para el siguiente año calendario.</p> <p>*Puede requerirse autorización previa.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para servicios de terapia nutricional médica cubiertos por Medicare.</p>
<p> Programa de Prevención de la Diabetes de Medicare (Medicare Diabetes Prevention Program, MDPP)</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para el beneficio del MDPP.</p>

Servicio cubierto	Lo que usted paga
<p>Los servicios del MDPP están cubiertos para las personas elegibles bajo todos los planes de salud de Medicare.</p> <p>El MDPP es una intervención estructurada de cambio de comportamiento de salud que brinda capacitación práctica en cambios dietéticos a largo plazo, aumento de la actividad física y estrategias de resolución de problemas para superar los desafíos de mantener la pérdida de peso y un estilo de vida saludable.</p>	
<p>Medicamentos de la Parte B de Medicare*</p> <p>Estos medicamentos están cubiertos por la Parte B de Medicare Original. Los miembros de nuestro plan obtienen cobertura para estos medicamentos a través de nuestro plan. Los medicamentos cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none">• Medicamentos que generalmente no son autoadministrados por el paciente y que se inyectan o infunden mientras recibe servicios de un médico, de un hospital ambulatorio o de un centro quirúrgico ambulatorio.• 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 fueron autorizados por nuestro plan.• El medicamento para el Alzheimer, Leqembi® (nombre genérico: lecanemab), que se administra por vía intravenosa. Además del costo de los medicamentos, es posible que necesite exploraciones y pruebas adicionales antes o durante el tratamiento, lo que podría incrementar sus costos generales. Consulte con su médico sobre las exploraciones y pruebas que podría necesitar como parte de su tratamiento.• Factores de coagulación que usted mismo se administra mediante inyección si tiene hemofilia.• Trasplante/medicamentos inmunosupresores: Medicare cubre la terapia farmacológica para trasplantes si Medicare pagó el trasplante de órgano. Debe tener la	<p>\$0</p>

Servicio cubierto	Lo que usted paga
<p>Parte A al momento del trasplante cubierto y la Parte B al momento de recibir los medicamentos inmunosupresores. La cobertura de medicamentos de 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, si está confinado en su hogar, tiene una fractura ósea que un médico certifica que está relacionada con la osteoporosis posmenopáusica y no puede autoadministrarse el medicamento.• 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 principio activo que el medicamento inyectable) del 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 de quimioterapia contra el cáncer si se administran antes, durante o dentro de las 48 horas posteriores a la quimioterapia o se usan como un reemplazo terapéutico completo de un medicamento intravenoso contra las náuseas.• Ciertos medicamentos orales para la enfermedad renal en etapa terminal (End-Stage Renal Disease, ESRD) cubiertos por la Parte B de Medicare.• Medicamentos calcimiméticos y quelantes de fosfato bajo el sistema de pago de ESRD, incluyendo el medicamento de administración IV Parsabiv® y el medicamento de administración oral Sensipar®	

Servicio cubierto	Lo que usted paga
<ul style="list-style-type: none"> • Ciertos medicamentos para diálisis en el hogar, incluida la heparina, el antídoto para la heparina cuando es medicamento necesario y los anestésicos tópicos. • Agentes estimulantes de la eritropoyesis: Medicare cubre la eritropoyetina inyectable si padece ESRD o necesita este medicamento para tratar la anemia relacionada con otras afecciones (como Epogen®, Procrit®, Retacrit®, Epoetin Alfa, Aranesp®, Darbepoetin Alfa, Mircera® o Metoxipolietilenglicol-epoetina beta). • Inmunoglobulina intravenosa para el tratamiento domiciliario de enfermedades de inmunodeficiencia primaria. • Nutrición parenteral y enteral (alimentación intravenosa y por sonda). <p>Este enlace lo llevará a una lista de medicamentos de la Parte B que pueden estar sujetos a terapia escalonada: https://www.nhpri.org/providers/provider-resources/pharmacy/medical-step-therapy-criteria</p> <p>También cubrimos algunas vacunas bajo la Parte B y la mayoría de las vacunas para adultos bajo nuestro beneficio de medicamentos de la Parte D.</p> <p>El Capítulo 5 explica nuestro beneficio de medicamentos de la Parte D, incluyendo las reglas que debe seguir para tener cobertura para sus recetas. El costo de los medicamentos de la Parte D a través de nuestro plan se explica en el Capítulo 6.</p> <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> Detección y tratamiento de la obesidad para promover una pérdida de peso sostenida</p> <p>Si tiene un índice de masa corporal (IMC) de 30 o más, cubrimos asesoramiento intensivo para ayudarle a bajar de</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para la detección y el tratamiento preventivo de la obesidad.</p>

Servicio cubierto	Lo que usted paga
<p>peso. Este asesoramiento está cubierto si lo recibe en un centro de atención primaria, donde puede coordinarse con su plan integral de prevención. Consulte con su médico de atención primaria o profesional de la salud para obtener más información.</p>	
<p>Servicios del programa de tratamiento de opioides</p> <p>Los miembros de nuestro plan con trastorno por consumo de opioides (opioid use disorder, OUD) pueden obtener cobertura de servicios para tratar el OUD a través de un Programa de Tratamiento con Opiáceos (Opioid Treatment Program, OTP) que incluye los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos de tratamiento asistido con medicamentos (medication-assisted treatment, MAT) agonistas y antagonistas opioides aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (Food and Drug Administration, FDA) • Dispensación y administración de medicamentos de MAT (si corresponde) • Asesoramiento sobre consumo de sustancias • Terapia individual y grupal • Pruebas toxicológicas • Actividades de admisión • Evaluaciones periódicas 	<p>\$0</p>
<p>Pruebas de diagnóstico y servicios y suministros terapéuticos para pacientes ambulatorios*</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rayos-X • Radioterapia (radio e isótopos), incluidos materiales y suministros técnicos • Suministros quirúrgicos, como apósitos. • Férulas, yesos y otros dispositivos utilizados para reducir fracturas y dislocaciones • Pruebas de laboratorio • Sangre, incluyendo almacenamiento y administración. La cobertura de sangre completa y concentrado de glóbulos 	<p>\$0</p>

Servicio cubierto	Lo que usted paga
<p>rojos comienza solo con la primera pinta de sangre que necesite</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pruebas de diagnóstico 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 un problema médico • Otras pruebas diagnósticas ambulatorias <p>*Puede requerirse autorización previa.</p>	
<p>Observación hospitalaria ambulatoria</p> <p>Los servicios de observación son servicios ambulatorios hospitalarios que se brindan para determinar si necesita ser admitido como paciente internado o puede ser dado de alta. Para que los servicios de observación hospitalaria ambulatoria estén cubiertos, deben cumplir con los criterios de Medicare y considerarse razonables y necesarios. Los servicios de observación solo se cubren cuando se prestan por orden de un médico u otra persona autorizada por la ley estatal de licencias y los estatutos del personal hospitalario 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 ambulatorio y paga los costos compartidos por los servicios hospitalarios ambulatorios. Incluso si pasa la noche en el hospital, podría ser considerado un paciente ambulatorio. Si no está seguro de si es un paciente ambulatorio consulte al personal del hospital.</p> <p>Obtenga más información en la hoja informativa de Medicare "Beneficios Hospitalarios de Medicare". Esta hoja informativa está disponible en www.Medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.</p>	<p>\$0</p>


Servicio cubierto	Lo que usted paga
<p>Servicios hospitalarios ambulatorios*</p> <p>Cubrimos los servicios médicamente necesarios que usted recibe en el departamento ambulatorio de un hospital para el diagnóstico o tratamiento de una enfermedad o lesión.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios en un departamento de emergencias o una clínica ambulatoria, como servicios de observación o cirugía ambulatoria • 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 requeriría tratamiento hospitalario sin ella • Radiografías y otros servicios de radiología facturados por el hospital • Suministros médicos como férulas y yesos • Ciertos medicamentos y productos biológicos no pueden administrarse por cuenta propia <p>Nota: A menos que el proveedor haya emitido una orden de ingreso hospitalario, usted es un paciente ambulatorio y paga los costos compartidos por los servicios hospitalarios ambulatorios. Incluso si pasa la noche en el hospital, podría ser considerado un paciente ambulatorio. Si no está seguro de si es un paciente ambulatorio consulte al personal del hospital.</p> <p>*Puede requerirse autorización previa.</p>	<p>\$0</p>
<p>Atención ambulatoria de salud mental</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <p>Servicios de salud mental proporcionados por un psiquiatra o médico con licencia estatal, un psicólogo clínico, un trabajador social clínico, un enfermero clínico especialista, un consejero profesional con licencia (LPC), un terapeuta matrimonial y familiar con licencia (LMFT), un enfermero practicante (NP), un asistente médico (PA) u otro profesional de atención de salud mental calificado por Medicare según lo permitan las leyes estatales aplicables.</p>	<p>\$0</p>


Servicio cubierto	Lo que usted paga
<p>Servicios de rehabilitación ambulatoria*</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla y el lenguaje.</p> <p>Los servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios se brindan en varios entornos ambulatorios, como departamentos ambulatorios de hospitales, consultorios de terapeutas independientes y centros integrales de rehabilitación para pacientes ambulatorios (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facilities, CORF).</p> <p>*Puede requerirse autorización previa.</p>	\$0
<p>Servicios ambulatorios para trastornos por consumo de sustancias*</p> <p>Además, el plan también cubre:</p> <ul style="list-style-type: none">• Programas de tratamiento de opioides asistidos con medicamentos, que incluyen dosificación y asesoramiento con metadona y recetas de otros medicamentos como Suboxone®• Servicios de salud domiciliaria del Programa de tratamiento de opioides (OTP), que brindan recursos a los miembros dependientes de opioides que actualmente reciben o que cumplen los criterios para el tratamiento asistido con medicamentos• Desintoxicación gestionada médicamente en un entorno hospitalario o en un programa de desintoxicación• Tratamiento de diagnóstico dual integrado para personas con enfermedades mentales y trastornos por consumo de sustancias• Tratamiento por consumo de sustancias ordenado por el tribunal <p>Es posible que tenga derecho a recibir servicios ambulatorios adicionales por consumo de sustancias.</p> <p>*Puede requerirse autorización previa.</p>	\$0



Servicio cubierto	Lo que usted paga
<p>Cirugía ambulatoria, incluidos los servicios prestados en centros hospitalarios para pacientes ambulatorios y centros quirúrgicos ambulatorios*</p> <p>Nota: Si se someterá a una cirugía en un hospital, consulte con su proveedor si será paciente hospitalizado o ambulatorio. A menos que el proveedor emita una orden de ingreso hospitalario usted es paciente ambulatorio y paga los costos compartidos de la cirugía ambulatoria. Incluso si pasa la noche en el hospital, podría ser considerado paciente ambulatorio.</p> <p>*Puede requerirse autorización previa.</p>	\$0
<p>Beneficio de medicamentos de venta libre (OTC)</p> <p>Neighborhood Dual CONNECT ofrece 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 \$25 por mes para gastar en medicamentos de venta libre cubiertos y 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 caducan al final del mes y no se podrán transferir al mes siguiente.</p>	\$0
<p>Servicios de hospitalización parcial y servicios ambulatorios intensivos*</p> <p><i>La hospitalización parcial</i> es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo proporcionado como un servicio ambulatorio en un hospital o en un centro de salud mental comunitario que es más intenso que la atención que recibe en el consultorio de su médico, terapeuta, terapeuta matrimonial y familiar autorizado (LMFT) o consejero profesional autorizado y es una alternativa a la hospitalización.</p> <p><i>El servicio ambulatorio intensivo</i> es un programa estructurado de tratamiento de terapia de salud conductual (mental) activa</p>	\$0



Servicio cubierto	Lo que usted paga
<p>brindado en un departamento ambulatorio de un hospital, 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, terapeuta matrimonial y familiar autorizado (LMFT) o consejero profesional autorizado, pero menos intenso que una hospitalización parcial.</p> <p>*Puede requerirse autorización previa.</p>	
<p>Servicios de médicos/profesionales, incluidas visitas al consultorio médico*</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Atención médica o servicios quirúrgicos médicamente necesarios que recibe en el consultorio de un médico, un centro quirúrgico ambulatorio certificado, un departamento para atención ambulatoria de un hospital o cualquier otro lugar. • Consulta, diagnóstico y tratamiento por un especialista. • Exámenes básicos de audición y equilibrio realizados por su médico de cabecera, si su médico lo solicita para ver si necesita tratamiento médico. • 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. 	<p>\$0</p>

Servicio cubierto	Lo que usted paga
<ul style="list-style-type: none">○ Los servicios de telesalud están disponibles por teléfono o video chat.● Algunos servicios de telesalud incluyen consulta, diagnóstico y tratamiento por parte de un médico o profesional, para pacientes en ciertas áreas rurales u otros lugares aprobados por Medicare.● Servicios de telesalud para visitas mensuales relacionadas con la enfermedad renal terminal 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 el hogar del miembro.● Servicios de telesalud para diagnosticar, evaluar o tratar los síntomas de un accidente cerebrovascular, independientemente de su ubicación.● Servicios de telesalud para miembros con un trastorno por consumo de sustancias o un trastorno de salud mental concurrente, independientemente de su ubicación● Servicios de telesalud para el 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 consultas de salud mental proporcionados por clínicas de salud rurales y centros de salud calificados a nivel federal.● Consultas virtuales (por ejemplo, por teléfono o videochat) con su médico durante 5 a 10 minutos si<ul style="list-style-type: none">○ No es un paciente nuevo y○ La evaluación no está relacionada con una visita al consultorio en los últimos 7 días y○ La evaluación no implica una visita al consultorio dentro de las 24 horas ni la cita más próxima disponible	

Servicio cubierto	Lo que usted paga
<ul style="list-style-type: none"> Evaluación del vídeo y/o imágenes que envíe a su médico, e interpretación y seguimiento por parte de su médico dentro de las 24 horas si <ul style="list-style-type: none"> No es un paciente nuevo y La evaluación no está relacionada con una visita al consultorio en los últimos 7 días y La evaluación no conduce a una visita al consultorio dentro de las 24 horas ni a la cita más próxima disponible Consulta que su médico tiene con otros médicos por teléfono, internet o historia clínica electrónica. Segunda opinión de otro proveedor de la red antes de la cirugía. <p>*Puede requerirse autorización previa.</p>	
<p>Servicios de podiatría</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> Diagnóstico y tratamiento médico o quirúrgico de lesiones y enfermedades de los pies (como el dedo en martillo o los espolones calcáneos) Cuidado rutinario de los pies para miembros con ciertas afecciones médicas que afectan las extremidades inferiores 	\$0
<p>Entrega de comidas a domicilio después del alta</p> <p>Neighborhood Dual CONNECT cubrirá el servicio de comidas a domicilio tras el alta de una hospitalización o cirugía. Este beneficio cubre catorce (14) comidas para dos (2) semanas y está limitado a dos (2) veces por año.</p>	\$0
<p> Profilaxis previa a la exposición (pre-exposure prophylaxis, 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>Si califica, los servicios cubiertos incluyen:</p>	No hay coseguro, copago ni deducible para el beneficio de PrEP


Servicio cubierto	Lo que usted paga
<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. <p>Una prueba única de detección del virus de la hepatitis B.</p>	
 Exámenes de detección del cáncer de próstata Para los hombres de 50 años o más, los servicios cubiertos incluyen lo siguiente una vez cada 12 meses: <ul style="list-style-type: none"> Examen rectal digital Prueba del antígeno prostático específico (Prostate Specific Antigen, PSA) 	No hay coseguro, copago ni deducible para una prueba de PSA anual.
Dispositivos de prótesis y órtesis y suministros relacionados* Son dispositivos (excepto los dentales) que reemplazan total o parcialmente una parte o función del cuerpo. Estos incluyen, entre otros, pruebas, ajustes o capacitación en el uso de dispositivos protésicos y ortopédicos; así como bolsas de colostomía y suministros directamente relacionados con el cuidado de la colostomía, marcapasos, aparatos ortopédicos, zapatos protésicos, prótesis y prótesis mamarias (incluido un sostén quirúrgico después de una mastectomía). Incluye ciertos suministros relacionados con dispositivos protésicos y ortopédicos, así como la reparación o el reemplazo de estos dispositivos. También incluye cierta cobertura después de la extracción o cirugía de cataratas; consulte la sección " <i>Cuidado de la vista</i> " más adelante en este cuadro para obtener más detalles. *Puede requerirse autorización previa.	\$0
Servicios de rehabilitación pulmonar Los programas integrales de rehabilitación pulmonar están cubiertos para los miembros que tienen enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) de moderada a muy	\$0

Servicio cubierto	Lo que usted paga
<p>grave y una orden para la rehabilitación pulmonar del médico que trata la enfermedad respiratoria crónica.</p>	
<p> Detección y asesoramiento para reducir el consumo indebido de alcohol</p> <p>Cubrimos una prueba de detección de abuso de alcohol para adultos (incluidas mujeres embarazadas) que tienen consumo indebido del alcohol pero que no son dependientes del mismo.</p> <p>Si el resultado de la prueba de abuso de alcohol es positivo, puede recibir hasta cuatro sesiones breves de asesoramiento presencial por año (si es competente y está alerta durante el asesoramiento) proporcionadas por un médico de atención primaria calificado o un profesional en un entorno de atención primaria.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para el beneficio preventivo de detección y asesoramiento cubierto por Medicare para reducir el abuso de alcohol.</p>
<p> Detección del cáncer de pulmón mediante tomografía computarizada de baja dosis (low dose computed tomography, LDCT)</p> <p>Para las personas calificadas, se cubre una LDCT cada 12 meses.</p> <p>Los miembros elegibles son personas de entre 50 y 77 años que no tienen signos ni síntomas de cáncer de pulmón, pero que tienen antecedentes de tabaquismo de al menos 20 paquetes-año y que fuman actualmente o han dejado de fumar en los últimos 15 años, que obtienen una orden para LDCT durante una visita de asesoramiento y toma de decisiones compartida para detección de cáncer de pulmón que cumple con los criterios de Medicare para dichas visitas y que debe ser proporcionada por un médico o un profesional no médico calificado.</p> <p><i>Para las pruebas de detección de cáncer de pulmón mediante TCBD después de la prueba inicial, los miembros deben obtener una orden para la prueba de detección de cáncer de pulmón mediante TCBD, la cual puede realizarse durante cualquier consulta pertinente con un médico o profesional no médico calificado. Si un médico o profesional no médico calificado opta por ofrecer una consulta de asesoramiento y</i></p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para la visita de asesoramiento y toma de decisiones compartida cubierta por Medicare ni para la LDCT.</p>


Servicio cubierto	Lo que usted paga
<p>toma de decisiones compartidas para la detección de cáncer de pulmón en pruebas posteriores con TCBD, la consulta debe cumplir con los criterios de Medicare para dichas consultas.</p>	
<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 1945-1965. <p>Si nació entre 1945 y 1965 y no se considera de alto riesgo, pagamos una prueba de detección. Si tiene alto riesgo (por ejemplo, si ha continuado consumiendo drogas inyectables ilegales desde su última prueba de detección de hepatitis C negativa), cubrimos pruebas anuales.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para la prueba de detección del virus de la hepatitis C cubierta por Medicare.</p>
<p> Detección de infecciones de transmisión sexual (ITS) y asesoramiento para prevenirlas</p> <p>Cubrimos las pruebas de detección de infecciones de transmisión sexual (ITS) para clamidia, gonorrea, sífilis y hepatitis B. Estas pruebas están cubiertas para mujeres embarazadas y para ciertas personas que tienen un mayor riesgo de contraer una ITS cuando se realizan las pruebas. Solicitadas por un médico de atención primaria. Cubrimos estas pruebas una vez cada 12 meses o en ciertos momentos del embarazo.</p> <p>También cubrimos sesiones anuales de consejería conductual de alta intensidad, presenciales, de 20 a 30 minutos, para un máximo de 2 personas, dirigidas a adultos sexualmente activos con mayor riesgo de contraer ITS. Solo cubrimos estas sesiones de consejería como servicio preventivo si las proporciona un profesional de atención primaria y se realizan en un centro de atención primaria, como un consultorio médico.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para el beneficio preventivo de detección de ITS y asesoramiento sobre ITS cubierto por Medicare.</p>


Servicio cubierto	Lo que usted paga
<p>Servicios para tratar la enfermedad renal*</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de educación sobre la enfermedad renal para enseñar el cuidado renal y ayudar a los miembros a tomar decisiones informadas sobre su atención. Para los miembros con enfermedad renal crónica en etapa IV, referidos por su médico, cubrimos hasta 6 sesiones de educación sobre la enfermedad renal de por vida. • 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, 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 (incluye 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, cuando sea necesario, visitas de trabajadores de diálisis capacitados para controlar su diálisis en el hogar, ayudar en emergencias y verificar su equipo de diálisis y suministro de agua) <p>Ciertos medicamentos para diálisis están cubiertos por la Parte B de Medicare. Para obtener información sobre la cobertura de los medicamentos de la Parte B, consulte Medicamentos de la Parte B de Medicare en este cuadro.</p> <p>*Puede requerirse autorización previa.</p>	<p>\$0</p>
<p>Atención en un centro de enfermería especializada (Skilled nursing facility, SNF)*</p>	<p>\$0</p>

Servicio cubierto	Lo que usted paga
<p>(Para obtener una definición de atención en un centro de enfermería especializada, consulte el Capítulo 12. A los centros de enfermería especializada a veces se les llama SNF).</p> <p>No se requiere estadía hospitalaria previa.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none">• Habitación semiprivada (o habitación privada si es médicamente necesario)• Comidas, incluidas dietas especiales• Servicios de enfermería especializada• Fisioterapia, terapia ocupacional y logopedia• Medicamentos que se le administran como parte de nuestro plan de atención (esto incluye sustancias que están presentes naturalmente en el cuerpo, como factores de coagulación sanguínea).• Sangre, incluyendo almacenamiento y administración. La cobertura de sangre completa y concentrado de glóbulos rojos comienza solo con la primera pinta de sangre que necesite.• Suministros médicos y quirúrgicos que normalmente proporcionan los SNF.• Pruebas de laboratorio que normalmente proporcionan los SNF.• Rayos-X y otros servicios de radiología que normalmente prestan los SNF.• Uso de aparatos como sillas de ruedas que normalmente proporcionan los centros de enfermería especializada.• Servicios de médicos/profesionales. <p>Generalmente, recibe atención en centros de enfermería especializada (SNF) en centros de la red. Bajo ciertas condiciones que se detallan a continuación, es posible que pueda pagar el costo compartido dentro de la red en un centro que no sea proveedor de la red, si este acepta los montos de pago de nuestro plan.</p> <ul style="list-style-type: none">• Un hogar de ancianos o una comunidad de retiro con atención continua donde vivía justo antes de ir al hospital	

Servicio cubierto	Lo que usted paga
<p>(siempre que brinde atención en un centro de enfermería especializada)</p> <ul style="list-style-type: none"> Un SNF donde su cónyuge o pareja de hecho vive en el momento en que usted sale del hospital. <p>*Puede requerirse autorización previa.</p>	
<p> Dejar de fumar y de consumir tabaco (asesoramiento)</p> <p>El asesoramiento para dejar de fumar y consumir tabaco está cubierto para pacientes ambulatorios y hospitalizados que cumplan estos criterios:</p> <ul style="list-style-type: none"> Consumen tabaco, independientemente de si presentan signos o síntomas de enfermedades relacionadas con el tabaco. Se muestran competentes y alertas durante el asesoramiento. Un médico calificado u otro profesional reconocido por Medicare les brinda asesoramiento <p>Cubrimos 2 intentos de dejar de fumar al año (cada intento puede incluir un máximo de 4 sesiones intermedias o intensivas, pudiendo el paciente recibir hasta 8 sesiones al año).</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para los beneficios preventivos para dejar de fumar y consumir tabaco cubiertos por Medicare</p>
<p>Beneficios complementarios especiales para enfermos crónicos</p> <p>Si le diagnostican alguna de las siguientes afecciones crónicas identificadas a continuación y cumple con ciertos criterios, 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 (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 (CKD), trastornos hematológicos graves, VIH/SIDA, trastornos 	<p>\$0</p>

Servicio cubierto	Lo que usted paga
<p>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.</p> <p>Los miembros calificados son elegibles para una asignación mensual máxima combinada para el siguiente servicio:</p> <p>Alimentos y productos agrícolas: Asignación mensual de \$125 para alimentos saludables adaptados a necesidades dietéticas específicas. Se puede usar para comprar productos aprobados en establecimientos minoristas participantes, como frutas, verduras, pan, carne, lácteos, etc.</p>	
<p>Terapia de ejercicio supervisada (Supervised Exercise Therapy, SET)</p> <p>El programa SET está cubierto para miembros que tienen enfermedad arterial periférica sintomática (symptomatic peripheral artery disease, PAD) y una derivación para PAD del médico responsable del tratamiento de la enfermedad.</p> <p>Se cubren hasta 36 sesiones durante un período de 12 semanas si se cumplen los requisitos del programa SET.</p> <p>El programa SET debe:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Consiste en sesiones de 30 a 60 minutos de duración, que comprenden un programa de entrenamiento con ejercicios terapéuticos para la PAD en pacientes con claudicación. • Realizarse en un entorno ambulatorio de un hospital o en el consultorio de un médico. • Ser administrado por personal auxiliar calificado necesario para garantizar que los beneficios superen los daños y que esté capacitado en terapia de ejercicios para la PAD. 	<p>\$0</p>

Servicio cubierto	Lo que usted paga
<ul style="list-style-type: none"> • Estar bajo la supervisión directa de un médico, asistente médico o enfermero practicante/enfermero clínico especialista que debe estar capacitado en técnicas de soporte vital básicas y avanzadas. <p>El SET puede cubrirse más allá de 36 sesiones durante 12 semanas por 36 sesiones adicionales durante un período de tiempo prolongado si un proveedor de atención médica lo considera médicamente necesario.</p>	
<p>Servicios de urgencia necesarios</p> <p>Un servicio cubierto por el plan que requiere atención médica inmediata y no es una emergencia se considera un servicio de urgencia si se encuentra temporalmente fuera del área de servicio de nuestro plan o, incluso si se encuentra dentro del área de servicio de nuestro plan, no es razonable, dadas las circunstancias, obtener este servicio de proveedores de la red. Nuestro plan debe cubrir los servicios de urgencia y cobrarle únicamente el costo compartido dentro de la red. Ejemplos de servicios de urgencia son enfermedades y lesiones médicas imprevistas, o reagudizaciones inesperadas de afecciones preexistentes. Las visitas de rutina médicamente necesarias al proveedor (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.</p> <p>La cobertura incluye EE. UU. y sus territorios y todo el mundo.</p>	\$0
<p> Cuidado de la vista</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios médicos ambulatorios para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades y lesiones oculares, incluyendo el tratamiento de la degeneración macular relacionada con la edad. Medicare Original no cubre exámenes de la vista de rutina (refracciones oculares) para anteojos/lentes de contacto. • Para las personas con alto riesgo de glaucoma, cubrimos una prueba de detección de glaucoma al año. Entre las 	\$0

Servicio cubierto	Lo que usted paga
<p>personas con alto riesgo de glaucoma se incluyen las personas con antecedentes familiares de glaucoma, las personas con diabetes, los afroamericanos mayores de 50 años y los hispanoamericanos mayores de 65 años.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Para las personas con diabetes, la detección de retinopatía diabética está cubierta una vez al año. • Un par de anteojos o lentes de contacto después de cada cirugía de cataratas que incluya la inserción de una lente intraocular. Si se somete a dos operaciones de cataratas por separado, no podrá reservar el beneficio después de la primera cirugía y comprar dos anteojos después de la segunda. 	
<p> Visita preventiva “Bienvenido a Medicare”</p> <p>Nuestro plan cubre la consulta preventiva única “<i>Bienvenido a Medicare</i>”. Esta consulta incluye una evaluación de su salud, así como educación y asesoramiento sobre los servicios preventivos que necesita (incluidas ciertas pruebas de detección y vacunas), y derivaciones a otros servicios de atención médica, si los necesita.</p> <p>Importante: Cubrimos únicamente la visita preventiva “<i>Bienvenido a Medicare</i>” dentro de los primeros 12 meses que tiene la Parte B de Medicare. Cuando haga su cita, informe al consultorio de su médico que desea programar su visita preventiva “<i>Bienvenido a Medicare</i>”.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para la visita preventiva de <i>Bienvenido a Medicare</i></p>
<p>Cobertura mundial de emergencias/urgencias</p> <p>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 emergencias internacionales, puede contactar al plan para obtener más detalles sobre cómo acceder a este beneficio.</p>	<p>\$0</p>

SECCIÓN 3 Servicios que no están cubiertos por nuestro plan NI por Medicare

Esta sección le informa qué servicios están excluidos de Medicare.

El siguiente cuadro enumera los servicios y artículos que no están cubiertos por nuestro plan NI por Medicare bajo cualquier condición, o están cubiertos por nuestro plan O Medicare solo bajo condiciones específicas.

Si recibe servicios excluidos (no cubiertos), deberá pagarlos usted mismo, excepto en las condiciones específicas que se indican a continuación. Incluso si recibe los servicios excluidos en un centro de urgencias, estos no estarán cubiertos y nuestro plan no los cubrirá. La única excepción es si se apela el servicio y, tras la apelación, se decide que se trata de un servicio médico que deberíamos haber pagado o cubierto debido a su situación específica. (Para obtener información sobre cómo apelar una decisión que hayamos tomado de no cubrir un servicio médico, consulte el Capítulo 9, Sección 6.3).

Servicios no cubiertos por Medicare	Cubiertos solo bajo condiciones específicas
Acupuntura	Disponible para personas con dolor lumbar crónico en determinadas circunstancias.
Cirugía o procedimientos cosméticos	Cubierto en casos de lesión accidental o para mejorar el funcionamiento de un miembro del cuerpo malformado. Cubierto para todas las etapas de reconstrucción de una mama después de una mastectomía, así como para la mama no afectada para producir una apariencia simétrica.
Cuidado de custodia El cuidado de custodia es un cuidado personal que no requiere la atención continua de personal médico o paramédico capacitado, como el cuidado que le ayuda con las actividades de la vida diaria, como bañarse o vestirse.	No cubierto bajo ninguna condición.
Procedimientos, equipos y medicamentos médicos y quirúrgicos experimentales	Puede estar cubierto por Medicare Original bajo un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare o por nuestro plan.

Servicios no cubiertos por Medicare	Cubiertos solo bajo condiciones específicas
Los procedimientos y artículos experimentales son aquellos artículos y procedimientos que Medicare Original ha determinado que no son generalmente aceptados por la comunidad médica.	(Consulte el Capítulo 3, Sección 5, para obtener más información sobre los estudios de investigación clínica).
Tarifas cobradas por la atención brindada por sus familiares inmediatos o miembros de su hogar	No cubierto bajo ninguna condición.
Atención de enfermería a tiempo completo en su hogar	No cubierto bajo ninguna condición.
Servicios de naturopatía (utiliza tratamientos naturales o alternativos)	No cubierto bajo ninguna condición.
Zapatos ortopédicos o dispositivos de apoyo para los pies	Zapatos que forman parte de una órtesis de pierna y están incluidos en el costo de la órtesis. Zapatos ortopédicos o terapéuticos para personas con pie diabético.
Artículos personales en su habitación en un hospital o un centro de enfermería especializada, como un teléfono o un televisor	No cubierto bajo ninguna condición.
Habitación privada en un hospital	Cubierto solo cuando sea médicamente necesario.
Reversión de procedimientos de esterilización y/o suministros anticonceptivos sin receta	No cubierto bajo ninguna condición.
Atención quiropráctica de rutina	Se cubre la manipulación manual de la columna para corregir una subluxación.
Exámenes oculares de rutina, anteojos, queratotomía radial, cirugía LASIK y otra asistencia para baja visión	Un par de anteojos con marcos estándar (o un juego de lentes de contacto) cubiertos después de cada cirugía de cataratas que implante una lente intraocular.
Exámenes de audición de rutina, audífonos o exámenes para adaptar audífonos	No cubierto bajo ninguna condición.

Servicios no cubiertos por Medicare	Cubiertos solo bajo condiciones específicas
Servicios considerados no razonables ni necesarios, según los estándares de Medicare Original	No cubierto bajo ninguna condición.

CAPÍTULO 5:

Uso de la cobertura del plan para medicamentos de la Parte D

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

Dado que usted es elegible para Medicaid, califica y recibe Ayuda adicional de Medicare para pagar los costos de su plan de medicamentos recetados. Debido a que está en el programa de Ayuda adicional, es posible **que parte de la información de esta Evidencia de Cobertura sobre los costos de los medicamentos recetados de la Parte D no le corresponda**. 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 al 1-844-812-6896 [los usuarios de TTY deben llamar al 711] y solicite la *Cláusula LIS* (Los números de teléfono de Servicios para Miembros se encuentran en la contraportada de este documento).

SECCIÓN 1 Reglas básicas para la cobertura de medicamentos de la Parte D de nuestro plan

Consulte el Cuadro de beneficios médicos en el Capítulo 4 para conocer los beneficios de medicamentos de la Parte B de Medicare y los beneficios de medicamentos de cuidados paliativos.

Nuestro plan generalmente cubrirá sus medicamentos siempre que siga estas reglas:

- Debe contar con un proveedor (un médico, dentista u otro profesional que recete medicamentos) que le escriba una receta que sea válida según la ley estatal aplicable.
- Su médico no debe estar en las listas de exclusión o vetado por Medicare.
- Generalmente debe utilizar una farmacia de la red para surtir su receta (Consulte la Sección 2) o puede surtir su receta a través del servicio de pedidos por correo de nuestro plan.
- Su medicamento debe estar en la Lista de medicamentos de nuestro plan (Consulte la Sección 3).
- Su medicamento debe usarse para una indicación médicamente aceptada. Una "indicación médicamente aceptada" es un uso del medicamento aprobado por la FDA

Capítulo 5 Uso de la cobertura del plan para medicamentos de la Parte D

o respaldado por ciertas referencias. (Consulte la Sección 3 para obtener más información sobre una indicación médicamente aceptada).

- Es posible que su medicamento requiera la aprobación de nuestro plan según ciertos criterios antes de que aceptemos cubrirlo. (Consulte la Sección 4 para obtener más información).

SECCIÓN 2 Surtir su receta en una farmacia de la red o a través del servicio de pedidos por correo de nuestro plan

En la mayoría de los casos, sus recetas *solo están cubiertas* si se surten en las farmacias de la red de nuestro plan. (Consulte la Sección 2.5 para obtener información sobre cuándo cubrimos las recetas surtidas en farmacias fuera de la red).

Una farmacia de la red es una farmacia que tiene un contrato con nuestro plan para suministrarle sus medicamentos cubiertos. El término "medicamentos cubiertos" se refiere a todos los medicamentos de la Parte D incluidos en la Lista de medicamentos de nuestro plan.

Sección 2.1 Farmacias de la red

Encuentre una farmacia de la red en su área

Para encontrar una farmacia de la red, diríjase a su *Directorio de farmacias*, visite nuestro sitio web (www.nhpri.org/DualCONNECT/find-a-provider-or-pharmacy/) y/o llame a Servicios para miembros al 1-844-812-6896 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

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

Si su farmacia abandona la red

Si la farmacia que usa deja de pertenecer a la red de nuestro plan, deberá buscar una nueva farmacia dentro de la red. Para encontrar otra farmacia en su área, llame a Servicios para Miembros al 1-844-812-6896 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o utilice el *Directorio de Farmacias*. También puede encontrar información en nuestro sitio web: www.nhpri.org/DualCONNECT/find-a-provider-or-pharmacy/.

Farmacias especializadas

Algunas recetas deben surtirse en una farmacia especializada. Entre las farmacias especializadas se incluyen:

- Farmacias que suministran medicamentos para terapia de infusión domiciliaria.

Capítulo 5 Uso de la cobertura del plan para medicamentos de la Parte D

- Farmacias que suministran medicamentos a residentes de centros de atención a largo plazo (LTC). Por lo general, un centro de atención a largo plazo (como una residencia de ancianos) tiene su propia farmacia. Si tiene dificultades para obtener sus medicamentos de la Parte D en un centro de atención a largo plazo, llame a Servicios para Miembros al 1-844-812-6896 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).
- Farmacias que atienden al Servicio de Salud Indígena/Programa de Salud Indígena Tribal/Urbano (no disponible en Puerto Rico). Salvo en casos de emergencia, solo los nativos americanos o nativos de Alaska tienen acceso a estas farmacias de nuestra red.
- Farmacias que dispensan medicamentos restringidos por la FDA a ciertas ubicaciones o que requieren un manejo especial, coordinación con proveedores o capacitación sobre su uso. Para encontrar una farmacia especializada, consulte el *Directorio de Proveedores y Farmacias*: www.nhpri.org/DualCONNECT/find-a-provider-or-pharmacy/ o llame a Servicios para Miembros al 1-844-812-6896 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

Sección 2.2 El servicio de pedidos por correo de nuestro plan

Para ciertos tipos de medicamentos, puede utilizar el servicio de pedidos por correo de la red de nuestro plan. Generalmente, los medicamentos que se entregan por correo son aquellos que usted toma regularmente para tratar una condición médica crónica o de largo plazo.

El servicio de pedido por correo de nuestro plan le permite solicitar **un suministro de hasta 90 días**.

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 bien, llame a Servicios para Miembros.

Por lo general, un pedido de farmacia por correo se le entregará en un plazo máximo de 7 a 10 días hábiles. Si su receta por correo se retrasa y necesita un suministro de emergencia de una farmacia minorista, llame a Servicios para Miembros para solicitar una anulación.

La farmacia recibe las nuevas recetas directamente del consultorio de su médico.

Una vez que la farmacia recibe una receta de un profesional de la salud, se pondrá en contacto con usted para determinar si desea surtir el medicamento inmediatamente o más tarde. Es importante responder cada vez que la farmacia se ponga en contacto con usted para informarles si deben enviar, retrasar o suspender la nueva receta.

Capítulo 5 Uso de la cobertura del plan para medicamentos de la Parte D

Resurtidos de recetas por correo. Para resurtidos de 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 pondrá en contacto con usted antes de enviar cada resurtido para confirmar que necesita más medicamento. Puede cancelar los resurtidos programados si tiene suficiente medicamento o si su medicación ha cambiado.

Si decide no usar nuestro programa de autosurtido, pero aún desea que la farmacia de pedidos por correo le envíe su receta, comuníquese con su farmacia 15 días antes de que se agote su receta actual. Esto garantizará que su pedido se envíe a tiempo.

Para cancelar nuestro programa que prepara automáticamente resurtidos por correo, contáctenos al 1-844-268-1908 (TTY 711). Si recibe un resurtido automático por correo que no desea, podría tener derecho a un reembolso.

Sección 2.3 Cómo obtener un suministro de medicamentos a largo plazo

Nuestro plan ofrece dos maneras de obtener un suministro a largo plazo (también llamado suministro extendido) de medicamentos de mantenimiento de la Lista de medicamentos de nuestro plan. (Los medicamentos de mantenimiento son aquellos que toma regularmente para una afección médica crónica o prolongada).

1. Algunas farmacias de nuestra red le permiten obtener un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. Su *Directorio de Proveedores y Farmacias*: www.nhpri.org/DualCONNECT/find-a-provider-or-pharmacy/ le indica qué farmacias de nuestra red pueden brindarle un suministro de medicamentos de mantenimiento a largo plazo. También puede llamar a Servicios para Miembros al 1-844-812-6896 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener más información.
2. También puede obtener medicamentos de mantenimiento a través de nuestro programa de pedidos por correo. Consulte la Sección 2.3 para obtener más información.

Sección 2.4 Uso de una farmacia que no está en la red de nuestro plan

Generalmente, cubrimos los medicamentos que se surten en una farmacia fuera de la red *solo* cuando no puede usar una farmacia de la red. También contamos con farmacias de la red fuera de nuestra área de servicio donde puede surtir sus recetas como miembro de nuestro plan. **Consulte primero con el Servicio de Atención al Cliente al 1-844-812-6896 (los usuarios de TTY deben llamar al 711)** para ver si hay una farmacia de la red cerca.

Cubrimos recetas surtidas en una farmacia fuera de la red solo en estas circunstancias:

Capítulo 5 Uso de la cobertura del plan para medicamentos de la Parte D

- Una Agencia Federal para el Manejo de Emergencias (FEMA) declaró emergencia.
- Tratamiento de una enfermedad mientras viaja fuera del área de servicio del plan, pero dentro de los Estados Unidos, donde no hay una farmacia de la red.

Si debe usar una farmacia fuera de la red, generalmente deberá pagar el costo total al surtir su receta. Puede solicitarnos un reembolso (Consulte el Capítulo 7, Sección 2, para obtener información sobre cómo solicitarle un reembolso a nuestro plan). Es posible que deba pagar la diferencia entre lo que paga por el medicamento en la farmacia fuera de la red y el costo que cubriríamos en una farmacia dentro de la red.

SECCIÓN 3 Sus medicamentos deben estar en la Lista de medicamentos de nuestro plan

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

Nuestro plan cuenta con una *Lista de Medicamentos Cubiertos* (formulario). En esta *Evidencia de Cobertura* **la llamamos Lista de medicamentos**.

Los medicamentos de esta lista son seleccionados por nuestro plan con la ayuda de médicos y farmacéuticos. La lista cumple con los requisitos de Medicare y ha sido aprobada por este.

La Lista de medicamentos solo muestra los medicamentos cubiertos por la Parte D de Medicare.

Generalmente cubrimos un medicamento de la Lista de Medicamentos de nuestro plan siempre que cumpla con las demás normas de cobertura explicadas en este capítulo y el uso del medicamento para una indicación médicamente aceptada. Una indicación médicamente aceptada es un uso del medicamento *que*:

- Fue aprobado por la FDA para el diagnóstico o la condición para la que se prescribe, o bien
- Cuenta con el respaldo de ciertas referencias, como la Información de Medicamentos del Servicio de Formularios de Hospitales Americanos y el Sistema de Información DRUGDEX de Micromedex.

Medicamentos que no están en la Lista de medicamentos

Nuestro plan no cubre todos los medicamentos recetados.

- En algunos casos, la ley no permite que ningún plan de Medicare cubra ciertos tipos de medicamentos. (Para más información, consulte la Sección 7).

Capítulo 5 Uso de la cobertura del plan para medicamentos de la Parte D

- En otros casos, decidimos no incluir un medicamento en particular en la 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).

Sección 3.2 Cómo saber si un medicamento específico está en la Lista de medicamentos

Para saber si un medicamento está en nuestra Lista de medicamentos, tiene estas opciones:

- Consulte la lista de medicamentos más reciente que proporcionamos electrónicamente.
- Visite el sitio web de nuestro plan (www.nhpri.org/DualCONNECT/member-materials/). La lista de medicamentos en el sitio web siempre está actualizada.
- Llame a Servicios para Miembros al 1-844-812-6896 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para averiguar si un medicamento en particular está en la Lista de medicamentos de nuestro plan o solicitar una copia de la lista.
- Utilice la “Real-Time Benefit Tool” de nuestro plan (www.caremark.com) para buscar medicamentos en la Lista de medicamentos, obtener un estimado de lo que pagará y ver si existen medicamentos alternativos que puedan tratar la misma afección. También puede llamar a Servicios para Miembros al 1-844-812-6896 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

SECCIÓN 4 Medicamentos con restricciones de cobertura

Sección 4.1 Por qué algunos medicamentos tienen restricciones

Para ciertos medicamentos recetados, existen normas especiales que restringen cómo y cuándo nuestro plan los cubre. Un equipo de médicos y farmacéuticos desarrolló estas normas para animarlos a usted y a su proveedor a usar los medicamentos de la manera más eficaz. Para saber si alguna de estas restricciones aplica a un medicamento que toma o desea tomar, consulte la Lista de medicamentos.

Si un medicamento seguro y de menor costo funciona tan bien desde el punto de vista médico como uno de mayor costo, las reglas de nuestro plan están diseñadas para alentarlos a usted y a su proveedor a utilizar esa opción 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 profesional de la salud, y pueden aplicarse diferentes restricciones o costos compartidos a las diferentes

Capítulo 5 Uso de la cobertura del plan para medicamentos de la Parte D

versiones del medicamento (por ejemplo, 10 mg frente a 100 mg; una dosis al día frente a 2 dosis al día; tableta frente a líquido).

Sección 4.2 Tipos de restricciones

Si existe una restricción para su medicamento, generalmente significa que usted o su proveedor deben tomar medidas adicionales para que podamos cubrirlo. Llame a Servicios para Miembros al 1-844-812-6896 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener información sobre cómo usted o su proveedor pueden obtener cobertura para el medicamento. **Si desea que eliminemos la restricción, debe utilizar el proceso de decisión de cobertura y solicitarnos una excepción.** Es posible que aceptemos o no eliminar la restricción. (Consulte el Capítulo 9).

Obtener la aprobación del plan por adelantado

Para ciertos medicamentos, usted o su proveedor deben obtener la aprobación de nuestro plan, según criterios específicos, antes de que aceptemos cubrirlo. Esto se denomina **autorización previa**. Esta autorización se implementa para garantizar la seguridad de los medicamentos y guiar el uso adecuado de ciertos medicamentos. Si no obtiene esta aprobación, es posible que nuestro plan no cubra su medicamento. Puede obtener los criterios de autorización previa de nuestro plan llamando a Servicios para Miembros al 1-844-812-6896 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o en nuestro sitio web www.nhpri.org/dualconnect/pharmacy-benefits-2026/.

Probar primero un medicamento diferente

Este requisito le anima a probar medicamentos menos costosos, pero generalmente igual de efectivos, antes de que nuestro plan cubra otro. Por ejemplo, si el medicamento A y el medicamento B tratan la misma afección médica y el medicamento A es menos costoso, nuestro plan podría exigirle que pruebe primero el medicamento A. Si el medicamento A no le funciona, nuestro plan cubrirá el medicamento B. Este requisito de probar primero un medicamento diferente se denomina **terapia escalonada**. Puede obtener los criterios de terapia escalonada de nuestro plan llamando a Servicios para Miembros al 1-844-812-6896 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o en nuestro sitio web <https://www.nhpri.org/providers/provider-resources/pharmacy/medical-step-therapy-criteria>.

Límites de cantidad

Para ciertos medicamentos, limitamos la cantidad que puede obtener cada vez que surta su receta. Por ejemplo, si normalmente se considera seguro tomar solo una pastilla al día para un medicamento determinado, podríamos limitar la cobertura de su receta a no más de una pastilla al día.

SECCIÓN 5 Qué puede hacer si uno de sus medicamentos no está cubierto como le gustaría

Hay situaciones en las que un medicamento recetado que usted toma, o que usted y su proveedor consideran que debería tomar, no está en nuestra Lista de medicamentos o tiene restricciones. Por ejemplo:

- Es posible que el medicamento no esté cubierto en absoluto. O puede que una versión genérica del medicamento esté cubierta, pero la versión de marca que desea tomar no.
- El medicamento está cubierto, pero existen reglas o restricciones adicionales sobre la cobertura.

Si su medicamento no está en la Lista de medicamentos o está restringido, aquí hay opciones sobre lo que puede hacer:

- Es posible que pueda obtener un suministro temporal del medicamento.
- Puede cambiar a otro medicamento.
- Puede solicitar una **excepción** y pedirle a nuestro plan que cubra el medicamento o elimine las restricciones del mismo.

Es posible que pueda obtener un suministro temporal

En determinadas circunstancias, Nuestro plan debe proporcionar un suministro temporal de un medicamento que ya esté tomando. Este suministro temporal le da tiempo para hablar con su proveedor sobre el cambio.

Para ser elegible para un suministro temporal, el medicamento que toma **ya no debe estar en la Lista de medicamentos de nuestro plan O debe estar restringido de alguna manera.**

- **Si es un miembro nuevo**, cubriremos un suministro temporal de su medicamento durante los primeros **90 días** de su membresía en nuestro plan
- **Si estuvo en nuestro plan el año pasado**, cubriremos un suministro temporal de su medicamento durante los primeros **90 días** del año calendario.
- Este suministro temporal será por un máximo de 30 días. Si su receta es para menos días, le permitiremos surtir varios medicamentos para un máximo de 30 días. La receta debe surtirse en una farmacia de la red. (Tenga en cuenta que una farmacia de atención a largo plazo puede suministrar el medicamento en cantidades más pequeñas para evitar el desperdicio).

Capítulo 5 Uso de la cobertura del plan para medicamentos de la Parte D

- **Para miembros que han estado en nuestro plan por más de 90 días y viven en un centro de atención a largo plazo y necesitan un suministro de inmediato:**
Cubriremos un suministro de emergencia de 31 días de un medicamento específico, o menos si su receta es para menos días. Esto se suma al suministro temporal mencionado anteriormente.
- Si su nivel de atención cambia, cubriremos al menos un suministro de 31 días. Para solicitar un suministro temporal de un medicamento, llame a Servicios para Miembros.

Si tiene preguntas sobre un suministro temporal, llame a Servicios para Miembros al 1-844-812-6896 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

Mientras use un suministro temporal de un medicamento, debe hablar con su proveedor para decidir qué hacer cuando se agote. Tiene dos opciones:

Opción 1. Puede cambiar a otro medicamento

Consulte con su proveedor sobre si otro medicamento cubierto por nuestro plan podría ser igual de efectivo para usted. Llame a Servicios para Miembros al 1-844-812-6896 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para solicitar una lista de medicamentos cubiertos que tratan la misma afección médica. Esta lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que pueda serle útil.

Opción 2. Puede solicitar una excepción

Usted y su proveedor pueden solicitar a nuestro plan una excepción y cubrir el medicamento de la forma que usted desee. Si su proveedor indica que tiene razones médicas que justifican una excepción, puede ayudarle a solicitarla. Por ejemplo, puede solicitar que nuestro plan cubra un medicamento aunque no esté en la Lista de medicamentos. O puede solicitar una excepción y cubrir el medicamento sin restricciones.

Si ya es miembro y un medicamento que toma se eliminará del formulario o se restringirá de alguna manera para el próximo año, le informaremos sobre cualquier cambio antes del año nuevo. Puede solicitar una excepción antes del próximo año y le daremos una respuesta dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de su solicitud (o la declaración justificativa de su médico). Si aprobamos su solicitud, autorizaremos la cobertura del medicamento antes de que el cambio entre en vigor.

Si usted y su proveedor desean solicitar una excepción, vaya al Capítulo 9, Sección 7.4 para saber qué hacer. Explica los procedimientos y plazos establecidos por Medicare para garantizar que su solicitud se procese de manera rápida y justa.

SECCIÓN 6 Nuestra Lista de Medicamentos puede cambiar durante el año

La mayoría de los cambios en la cobertura de medicamentos ocurren al principio de cada año (1 de enero). Sin embargo, durante el año, nuestro plan puede realizar algunos cambios en la Lista de Medicamentos. Por ejemplo, nuestro plan podría:

- **Agregar o eliminar medicamentos de la Lista de medicamentos**
- **Agregar o eliminar una restricción en la cobertura de un medicamento**
- **Reemplazar un medicamento de marca con una versión genérica del medicamento.**
- Reemplazar un producto biológico original con una versión biosimilar intercambiable del producto biológico.

Debemos seguir los requisitos de Medicare antes de cambiar la Lista de medicamentos de nuestro plan.

Información sobre cambios en la cobertura de medicamentos

Cuando se producen cambios en la Lista de medicamentos, publicamos información sobre dichos cambios en nuestro sitio web. También actualizamos nuestra Lista de medicamentos en línea con regularidad. En ocasiones, recibirá una notificación directa si se realizaron cambios en un fármaco que toma.

Cambios en la cobertura de medicamentos que le afectan durante este año del plan

- **Agregar nuevos medicamentos a la Lista de medicamentos y eliminar o realizar cambios inmediatamente a un medicamento similar en la Lista de medicamentos.**
 - Podemos eliminar inmediatamente un medicamento similar de la Lista de Medicamentos, trasladarlo a un nivel diferente de costo compartido, agregar nuevas restricciones o ambas cosas. La nueva versión del medicamento estará en el mismo nivel de costo compartido o en uno inferior. con las mismas o menos restricciones.
 - Realizaremos estos cambios inmediatos solo si agregamos una nueva versión genérica de un medicamento de marca o agregamos ciertas nuevas versiones biosimilares de un producto biológico original que ya estaba en la Lista de medicamentos.
 - Podemos realizar estos cambios inmediatamente y notificarle posteriormente, incluso si toma el medicamento que retiramos o modificamos. Si toma el

mismo medicamento al momento del cambio, le informaremos sobre cualquier cambio específico que hayamos realizado.

- **Agregar medicamentos a la Lista de medicamentos y eliminar o realizar cambios en un medicamento similar en la Lista de medicamentos.**
 - Al agregar otra versión de un medicamento a la Lista de Medicamentos, podemos eliminar un medicamento similar, trasladarlo a un nivel de costo compartido diferente, agregar nuevas restricciones o ambas. La versión del medicamento que agreguemos estará en el mismo nivel de costo compartido o en uno inferior, y tendrá las mismas restricciones o menos.
 - Haremos estos cambios solo si agregamos una nueva versión genérica de un medicamento de marca o agregamos ciertas nuevas versiones biosimilares de un producto biológico original que ya estaba en la Lista de medicamentos.
 - Le informaremos al menos 30 días antes de realizar el cambio o le informaremos sobre el cambio y cubriremos un surtido de 30 días de la versión del medicamento que está tomando.
- **Eliminar medicamentos inseguros y otros medicamentos de la Lista de Medicamentos que sean retirados del mercado.**
 - En ocasiones, un medicamento puede considerarse inseguro o retirarse del mercado por alguna otra razón. En tal caso, podríamos retirarlo inmediatamente de la Lista de Medicamentos. Si ya lo está tomando, se lo informaremos después de realizar el cambio.
- **Realizar otros cambios a los medicamentos en la Lista de Medicamentos.**
 - Es posible que realicemos otros cambios una vez comenzado el año que afecten a los medicamentos que está tomando. Por ejemplo, nos basamos en las advertencias destacadas de la FDA o en las nuevas pautas clínicas reconocidas por Medicare.
 - Le informaremos al menos 30 días antes de realizar estos cambios o le informaremos sobre el cambio y cubriremos un suministro adicional de 30 días del medicamento que toma.

Si realizamos alguno de estos cambios en los medicamentos que toma, hable con su médico sobre las opciones más adecuadas para usted, incluyendo cambiar a un medicamento diferente para tratar su afección, o solicitar una decisión de cobertura para cumplir con cualquier nueva restricción en el medicamento que está tomando. Usted o su médico pueden solicitarnos una excepción para continuar cubriendo el medicamento o la versión del medicamento que está tomando. Para obtener más información sobre cómo solicitar una decisión de cobertura, incluyendo una excepción, consulte el Capítulo 9.

Capítulo 5 Uso de la cobertura del plan para medicamentos de la Parte D

Cambios en la Lista de medicamentos que no le afectan durante este año del plan

Podríamos realizar ciertos cambios en la Lista de Medicamentos que no se describen anteriormente. En estos casos, el cambio no le aplicará si ya está tomando el medicamento al momento del cambio; sin embargo, es probable que estos cambios le afecten a partir del 1 de enero del siguiente año del plan si permanece en el mismo.

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

- Trasladamos su medicamento a un nivel de costo compartido más alto.
- Ponemos una nueva restricción en el uso de su medicamento.
- Eliminamos su medicamento de la Lista de Medicamentos.

Si alguno de estos cambios ocurre con un medicamento que usted toma (excepto el retiro del mercado, un medicamento genérico que reemplaza a un medicamento de marca u otro cambio indicado en las secciones anteriores), el cambio no afectará su uso ni lo que paga como parte del costo hasta el 1 de enero del año siguiente.

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

SECCIÓN 7 Tipos de medicamentos que no cubrimos

Algunos medicamentos recetados están *excluidos*. Esto significa que Medicare no los cubre.

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

A continuación se presentan tres reglas generales sobre los medicamentos que los planes de medicamentos de Medicare no cubrirán bajo la Parte D:

- La cobertura de medicamentos de la Parte D de nuestro plan no puede cubrir un medicamento que estaría cubierto por la Parte A o la Parte B de Medicare.
- Nuestro plan no puede cubrir un medicamento comprado fuera de los Estados Unidos o sus territorios.
- Nuestro plan no cubre el uso *no autorizado* de un medicamento cuando este no está respaldado por ciertas referencias, como la Información de Medicamentos del Servicio

Capítulo 5 Uso de la cobertura del plan para medicamentos de la Parte D

de Formularios de Hospitales Americanos y el Sistema de Información DRUGDEX de Micromedex. El uso *no autorizado* es cualquier uso del medicamento distinto al indicado en la etiqueta, según lo aprobado por la FDA.

Además, por ley, las siguientes categorías de medicamentos que se enumeran a continuación no están cubiertas por Medicare.

- Medicamentos sin receta (también llamados medicamentos de venta libre)
- Medicamentos utilizados para promover la fertilidad
- Medicamentos utilizados para el alivio de los síntomas de la tos o el resfriado
- Medicamentos utilizados con fines cosméticos o para promover el crecimiento del cabello
- Medicamentos con receta, excepto vitaminas prenatales y preparaciones de flúor
- Medicamentos utilizados para el tratamiento de la disfunción sexual o eréctil
- Medicamentos utilizados para el tratamiento de la anorexia, la pérdida de peso o el aumento de peso
- Los medicamentos para pacientes ambulatorios para los cuales el fabricante exige que las pruebas asociadas o los servicios de monitoreo se comprenden únicamente al fabricante como condición de venta

Si recibe Ayuda adicional para pagar sus recetas médicas, esta no cubrirá los medicamentos que normalmente no están cubiertos. Si tiene cobertura de medicamentos a través de Medicaid, su programa estatal de Medicaid podría cubrir algunos medicamentos recetados que normalmente no están cubiertos por un plan de medicamentos de Medicare. Comuníquese con su programa estatal de Medicaid para determinar qué cobertura de medicamentos podría estar disponible para usted. (Encuentre los números de teléfono y la información de contacto de Medicaid en el Capítulo 2, Sección 6).

SECCIÓN 8 Cómo surtir una receta

Para surtir su receta, proporcione la información de membresía de nuestro plan (que se puede encontrar en su tarjeta de membresía en la farmacia de la red que elija. La farmacia de la red facturará automáticamente a nuestro plan por su medicamento. Deberá pagarle a la farmacia *su* parte del costo cuando recoja su receta.

Si no tiene consigo la información de membresía de nuestro plan, usted o la farmacia pueden llamar a nuestro plan para obtener la información o puede pedirle a la farmacia que busque la información de inscripción a nuestro plan

Capítulo 5 Uso de la cobertura del plan para medicamentos de la Parte D

Si la farmacia no puede obtener la información necesaria, **es posible que tenga que pagar el costo total de la receta al recogerla.** Puede **solicitar el reembolso de nuestra parte.** Consulte el Capítulo 7, Sección 2, para obtener información sobre cómo solicitar el reembolso a nuestro plan.

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

Sección 9.1 En un hospital o un centro de enfermería especializada para una estadía cubierta por nuestro plan

Si lo internan en un hospital o en un centro de enfermería especializada para una estadía cubierta por nuestro plan, por lo general cubriremos el costo de sus medicamentos recetados durante su hospitalización. Una vez que salga del hospital o centro de enfermería especializada, nuestro plan cubrirá sus medicamentos recetados siempre que cumplan con todas las normas de cobertura descritas en este capítulo.

Sección 9.2 Si es residente en un centro de atención a largo plazo (LTC)

Por lo general, un centro de atención a largo plazo (LTC) (como una residencia de ancianos) tiene su propia farmacia o utiliza una farmacia que suministra medicamentos a todos sus residentes. Si reside en un centro de atención a largo plazo, puede obtener sus medicamentos recetados a través de la farmacia del centro o de la que utilice, siempre que forme parte de nuestra red.

Consulte su *Directorio de Proveedores y Farmacias* (www.nhpri.org/DualCONNECT/find-a-provider-or-pharmacy/) para saber si la farmacia de su centro de cuidados a largo plazo (o la que utiliza) forma parte de nuestra red. Si no es así, o si necesita más información o ayuda, llame a Servicios para Miembros al 1-844-812-6896 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). Si se encuentra en un centro de cuidados a largo plazo, debemos asegurarnos de que pueda recibir regularmente sus beneficios de la Parte D a través de nuestra red de farmacias de cuidados a largo plazo.

Si reside en un centro de atención a largo plazo y necesita un medicamento que no está en nuestra Lista de medicamentos o está restringido de alguna manera, consulte la Sección 5 para obtener información sobre cómo obtener un suministro temporal o de emergencia.

Sección 9.3 Si recibe además cobertura de medicamentos de un empleador o de un plan grupal de jubilados

Si tiene otra cobertura de medicamentos a través de su empleador (o el de su cónyuge o pareja de hecho) o de un grupo de jubilados, comuníquese con **el administrador de**

Capítulo 5 Uso de la cobertura del plan para medicamentos de la Parte D

beneficios de ese grupo. Ellos pueden ayudarle a comprender cómo funcionará su cobertura de medicamentos actual con nuestro plan.

En general, si tiene una cobertura grupal para empleados o jubilados, la cobertura de medicamentos que le ofrecemos será *secundaria* a su cobertura grupal. Esto significa que su cobertura grupal paga primero.

Nota especial sobre la cobertura acreditable:

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

Si la cobertura del plan grupal es acreditable significa que nuestro plan tiene una cobertura de medicamentos que se espera que pague, en promedio, al menos tanto como la cobertura de medicamentos estándar de Medicare

Conserve todos los avisos sobre cobertura acreditable porque podría necesitarlos más adelante para demostrar que mantuvo una cobertura acreditable. cobertura. Si no recibió un aviso de cobertura acreditable, solicite una copia a su empleador o al administrador de beneficios del plan de jubilación o al empleador o sindicato.

Sección 9.4 Si está en un centro de cuidados paliativos certificado por Medicare

El centro de cuidados paliativos y nuestro plan no cubren el mismo medicamento simultáneamente. Si está inscrito en cuidados paliativos de Medicare y necesita ciertos medicamentos (por ejemplo, antieméticos, laxantes, analgésicos o ansiolíticos) que no están cubiertos por sus cuidados paliativos porque no están relacionados con su enfermedad terminal ni con las afecciones relacionadas, nuestro plan debe recibir una notificación del médico que receta o de su proveedor de hospicio indicando que el medicamento no está relacionado antes de que nuestro plan pueda cubrirlo. Para evitar demoras en la obtención de estos medicamentos que deberían estar cubiertos por nuestro plan, solicite a su proveedor de hospicio o al médico que receta que le notifique antes de surtir su receta.

En caso de que revoque su elección de cuidados paliativos o si recibe el alta de cuidados paliativos, nuestro plan debería cubrir sus medicamentos según lo explicado en este documento. Para evitar demoras en la farmacia al finalizar su beneficio de cuidados paliativos de Medicare, lleve la documentación a la farmacia para verificar su revocación o alta.

SECCIÓN 10 Programas sobre seguridad y administración de medicamentos

Realizamos revisiones del uso de medicamentos para garantizar que nuestros miembros reciban atención segura y adecuada.

Revisamos cada vez que surte una receta. También revisamos nuestros registros periódicamente. Durante estas revisiones, buscamos posibles problemas como:

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

Si vemos un posible problema en el uso de sus medicamentos, trabajaremos con su proveedor para corregir el problema.

Sección 10.1 Programa de Administración de Medicamentos (DMP) para ayudar a los miembros a consumir 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 llama Programa de administración de Medicamentos (PMD). Si usa medicamentos opioides que obtiene de varios médicos o farmacias, o si ha sufrido una sobredosis reciente de opioides, podríamos hablar con sus médicos para asegurarnos de que el uso de opioides sea adecuado y médicamente necesario. Si, en colaboración con sus médicos, determinamos que el uso de opioides o benzodiazepinas recetados podría no ser seguro, podríamos limitar su acceso a dichos medicamentos. Si lo asignamos a nuestro PMD, las limitaciones podrían ser:

- Exigirle que obtenga todas sus recetas de opioides o benzodiazepinas medicamentos de una(s) farmacia(s) determinada(s)
- Exigirle que obtenga todas sus recetas de medicamentos opioides o benzodiazepínicos de un médico o médicos específicos
- Limitar la cantidad de opioides o benzodiazepinas que cubriremos para usted

Capítulo 5 Uso de la cobertura del plan para medicamentos de la Parte D

Si planeamos limitar cómo obtiene estos medicamentos o la cantidad que puede obtener, le enviaremos una carta por adelantado. La carta le informará si limitamos la cobertura de estos medicamentos para usted o si se le requerirá obtener las recetas para estos medicamentos solo de un médico o farmacia específicos. Tendrá la oportunidad de decirnos qué médicos o farmacias prefiere usar y sobre cualquier otra información que considere importante que sepamos. Después de que haya tenido la oportunidad de responder, si decidimos limitar su cobertura para estos medicamentos, le enviaremos otra carta confirmando la limitación. Si cree que cometimos un error o no está de acuerdo con nuestra decisión o con la limitación, usted y su médico tienen derecho a apelar. Si apela, revisaremos su caso y le daremos una nueva decisión. Si continuamos negando cualquier parte de su solicitud relacionada con las limitaciones que se aplican a su acceso a los medicamentos, enviaremos automáticamente su caso a un revisor independiente fuera de nuestro plan. Consulte el Capítulo 9 para obtener información sobre cómo solicitar una apelación.

No será ubicado en nuestro DMP si tiene ciertas afecciones médicas, como dolor relacionado con el cáncer o enfermedad de células falciformes, está recibiendo cuidados paliativos, cuidados paliativos o al final de la vida, o vive en un centro de atención a largo plazo.

Sección 10.2 Programa de Administración de Terapia con Medicamentos (MTM)

Tenemos un programa que puede ayudar a nuestros miembros con necesidades de salud complejas. Nuestro programa se llama Programa de Administración de Terapia con Medicamentos (MTM). Este programa es voluntario y gratuito. Un equipo de farmacéuticos y médicos lo desarrolló para garantizar que nuestros miembros obtengan el máximo beneficio de los medicamentos que toman.

Algunos miembros que padecen ciertas enfermedades crónicas y toman medicamentos que exceden una cantidad específica de los costos de los medicamentos o que están en un plan DMP para ayudarlos a usar opioides de forma segura, pueden obtener servicios a través de un programa MTM. Si califica para el programa, un farmacéutico u otro profesional de la salud le brindará una revisión completa de todos sus medicamentos. Durante la revisión, puede hablar sobre sus medicamentos, sus costos y cualquier problema o pregunta que tenga sobre sus medicamentos recetados y de venta libre. Recibirá un resumen escrito con una lista de tareas recomendadas que incluye los pasos que debe seguir para obtener los mejores resultados de sus medicamentos. También recibirá una lista de medicamentos que incluirá todos los medicamentos que está tomando, la cantidad que toma, cuándo y por qué los toma. Además, los miembros del programa MTM recibirán información sobre la eliminación segura de medicamentos recetados que son sustancias controladas.

Es recomendable hablar con su médico sobre su lista de tareas recomendadas y su lista de medicamentos. Lleve el resumen a su consulta o siempre que hable con sus médicos, farmacéuticos y otros profesionales de la salud. Mantenga su lista de medicamentos

Capítulo 5 Uso de la cobertura del plan para medicamentos de la Parte D

actualizada y con usted (por ejemplo, con su identificación) en caso de que vaya al hospital o a urgencias.

Si tenemos un programa que se ajuste a sus necesidades, lo inscribiremos automáticamente y le enviaremos información. Si decide no participar, notifíquenoslo y lo daremos de baja. Si tiene preguntas sobre este programa, llame a Servicios para Miembros al 1-844-812-6896 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

CAPÍTULO 6

Lo que usted paga por los medicamentos de la Parte D

SECCIÓN 1 Lo que usted paga por los medicamentos de la Parte D

En este capítulo, usamos "medicamento" para referirnos a un medicamento recetado de la Parte D. No todos los medicamentos son de la Parte D. Algunos medicamentos están excluidos de la cobertura de la Parte D por ley. Algunos de los medicamentos excluidos de la cobertura de la Parte D están cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare.

Para comprender la información de pago, necesita saber qué medicamentos están cubiertos, dónde surtir sus recetas y qué normas debe seguir al obtenerlos. El Capítulo 5 explica estas normas. Al usar la "Real-Time Benefit Tool" de nuestro plan para consultar la cobertura de medicamentos (www.caremark.com), el costo que ve muestra una estimación de los gastos de bolsillo que deberá pagar. También puede obtener la información proporcionada en la "Real-Time Benefit Tool" llamando a Servicios para Miembros al 1-844-812-6896 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

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

Dado que usted es elegible para Medicaid, califica y recibe la Ayuda adicional de Medicare para pagar los costos de su plan de medicamentos recetados. Debido a que tiene la Ayuda adicional, esta *Evidencia de Cobertura incluye información sobre los costos de los medicamentos recetados de la Parte D. Es posible que no le corresponda*. Le enviamos un folleto aparte, llamado *Anexo de Evidencia de Cobertura para Personas que Reciben Ayuda Adicional para el Pago de Medicamentos Recetados* (también conocido como *Anexo de Subsidio para Bajos Ingresos o Cláusula LIS*, que le informa sobre su cobertura de medicamentos. Si no tiene este folleto, llame a Servicios para Miembros al 1-844-812-6896 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) y solicite la *Cláusula LIS*.

Sección 1.1 Tipos de gastos de bolsillo que puede pagar por medicamentos cubiertos

Hay 3 tipos diferentes de gastos de bolsillo por medicamentos cubiertos por la Parte D que se le puede solicitar que pague:

Capítulo 6 Lo que usted paga por los medicamentos de la Parte D

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

Sección 1.2 Cómo calcula Medicare sus gastos de bolsillo

Medicare tiene reglas sobre lo que cuenta y lo que no. Estos gastos se contabilizan en sus gastos de bolsillo. Estas son las reglas que debemos seguir para llevar un registro de sus gastos de bolsillo.

Estos pagos están incluidos en sus gastos de bolsillo.

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

- El monto que paga por los medicamentos cuando se encuentra en las siguientes etapas de pago de medicamentos:
 - La etapa de cobertura inicial
- Cualquier pago que haya realizado durante este año calendario como miembro de un plan de medicamentos de Medicare diferente antes de unirse a nuestro plan
- Cualquier pago por sus medicamentos realizado por familiares o amigos
- Cualquier pago realizado por sus medicamentos mediante Ayuda adicional de Medicare, planes de salud de empleadores o sindicatos, Servicio de Salud Indígena, programas de asistencia de medicamentos para el SIDA y la mayoría de las organizaciones benéficas

Traslado a la etapa de cobertura catastrófica:

Cuando usted (o quienes pagan en su nombre) hayan gastado un total de \$2,100 en gastos de bolsillo dentro del año calendario, usted pasa de la Etapa de Cobertura Inicial a la Etapa de Cobertura Catastrófica.

Estos pagos no están incluidos en sus gastos de bolsillo.

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

Capítulo 6 Lo que usted paga por los medicamentos de la Parte D

- Medicamentos que compra fuera de los Estados Unidos y sus territorios
- Medicamentos que no están cubiertos por nuestro plan
- Medicamentos que obtiene en una farmacia fuera de la red que no cumplen con los requisitos de nuestro plan para la cobertura fuera de la red
- Medicamentos que no pertenecen a la Parte D, incluidos los medicamentos recetados cubiertos por la Parte A o la Parte B y otros medicamentos excluidos de la cobertura de Medicare
- Pagos que realiza por medicamentos que normalmente no están cubiertos en un plan de medicamentos de Medicare
- Pagos por sus medicamentos realizados por ciertos planes de seguro y programas de salud financiados por el gobierno, como TRICARE y la Administración de Salud de Veteranos (VA)
- Pagos por sus medicamentos realizados por un tercero con la obligación legal de pagar los costos de las recetas (por ejemplo, Compensación para Trabajadores)
- Pagos realizados por fabricantes de medicamentos bajo el Programa de Descuento para Fabricantes

Recordatorio: Si alguna otra organización como las mencionadas anteriormente paga parte o la totalidad de sus gastos de bolsillo por medicamentos, debe informar a nuestro plan llamando a Servicios para Miembros al 1-844-812-6896 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

Seguimiento de sus gastos totales de bolsillo

- La *Explicación de Beneficios* (EOB) de la Parte D que recibe incluye el total actual de sus gastos de bolsillo. Cuando este monto alcance los \$2,100, la *EOB de la Parte D* le informará que abandonó la Etapa de Cobertura Inicial y pasó a la Etapa de Cobertura Catastrófica.
- **Asegúrese de que tengamos la información necesaria.** Consulte la Sección 3.1 para saber qué puede hacer para garantizar que nuestros registros de sus gastos estén completos y actualizados.

SECCIÓN 2 Etapas de pago de medicamentos para miembros de Neighborhood Dual CONNECT

Hay **tres etapas de pago de medicamentos** para su cobertura de medicamentos de Neighborhood Dual CONNECT. El monto que paga por cada receta depende de la etapa en la que se encuentre al obtener o resurtir su receta. En este capítulo se explican los detalles de cada etapa. Las etapas son:

- **Etapas de pago de medicamentos:**
- **Etapas de pago de medicamentos:**
- **Etapas de pago de medicamentos:**

SECCIÓN 3 Su *Explicación de beneficios de la Parte D* explica en qué etapa de pago se encuentra

Nuestro plan lleva un registro del costo de sus medicamentos recetados y de los pagos que realiza al obtenerlos en la farmacia. De esta manera, podemos informarle cuándo pasa de una etapa de pago a la siguiente. Registramos dos tipos de costos:

- **Gastos de bolsillo:** es el monto que usted pagó. Esto incluye lo que pagó al obtener un medicamento cubierto por la Parte D, cualquier pago por sus medicamentos realizado por familiares o amigos, y 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 (SPAP).
- **Costos totales de medicamentos:** es el total de todos los pagos realizados por sus medicamentos cubiertos de la Parte D. Incluye lo que pagó nuestro plan, lo que usted pagó y lo que otros programas u organizaciones pagaron por sus medicamentos cubiertos de la Parte D.

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

- **Información de ese mes.** Este informe proporciona detalles de pago sobre las recetas que surtió durante el mes anterior. Muestra el costo total de los medicamentos, lo que pagó nuestro plan y lo que usted y otros pagaron en su nombre.

Capítulo 6 Lo que usted paga por los medicamentos de la Parte D

- **Totales del año desde el 1 de enero.** Esto muestra los costos totales de medicamentos y los pagos totales por sus medicamentos desde que comenzó el año.
- **Información sobre el precio de los medicamentos.** Muestra el precio total del medicamento e información sobre los cambios de precio desde el primer surtido para cada receta de la misma cantidad.
- **Recetas alternativas de menor costo disponibles.** Esto muestra información sobre otros medicamentos disponibles con menor costo compartido para cada receta, si corresponde.

Sección 3.1 Ayúdenos a mantener actualizada nuestra información sobre sus pagos de medicamentos

Para llevar un registro de los costos y pagos de sus medicamentos, utilizamos los registros que obtenemos de las farmacias. Así es como puede ayudarnos a mantener su información correcta y actualizada:

- **Muestre su tarjeta de membresía cada vez que surta una receta.** Esto nos ayuda a asegurarnos de que sepamos qué recetas surte y cuánto paga.
- **Asegúrese de que tengamos la información necesaria.** En ocasiones, podría pagar el costo total de un medicamento recetado. En estos casos, no obtendremos automáticamente la información necesaria para llevar un registro de sus gastos de bolsillo. Para ayudarnos a llevar un registro de sus gastos de bolsillo, proporciónenos copias de sus recibos. **Ejemplos de cuándo debería entregarnos copias de sus recibos de medicamentos:**
 - Cuando compra un medicamento cubierto en una farmacia de la red a un precio especial o usa una tarjeta de descuento que no es parte del beneficio de nuestro plan.
 - Cuando paga un copago por medicamentos proporcionados bajo un programa de asistencia al paciente de un fabricante de medicamentos.
 - Cada vez que compre medicamentos cubiertos en farmacias fuera de la red o pague el precio total de un medicamento cubierto en circunstancias especiales.
 - Si le facturan un medicamento cubierto, puede solicitar a nuestro plan que pague la parte que nos corresponde del costo. Para obtener instrucciones sobre cómo hacerlo, consulte el Capítulo 7, Sección 2.
- **Envíenos información sobre los pagos que otros realizan por usted.** Los pagos de ciertas personas y organizaciones también se contabilizan para sus gastos de bolsillo. Por ejemplo, los pagos de un Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica, un programa de asistencia para medicamentos contra el SIDA (ADAP), el Servicio de

Capítulo 6 Lo que usted paga por los medicamentos de la Parte D

Salud Indígena y organizaciones benéficas se contabilizan para sus gastos de bolsillo. Lleve un registro de estos pagos y envíenoslos para que podamos hacer un seguimiento de sus gastos.

- **Revise el informe escrito que le enviamos.** Cuando reciba la *Explicación de beneficios de la Parte D*, revísela para asegurarse de que la información esté completa y sea correcta. Si cree que falta algo o tiene alguna pregunta, llame a Servicios para Miembros al 1-844-812-6896 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). Conserve estos informes.

SECCIÓN 4 No hay deducible para Neighborhood Dual CONNECT

Neighborhood Dual CONNECT no tiene deducible. Comienza en la Etapa de Cobertura Inicial al surtir su primera receta del año. Consulte la Sección 5 para obtener información sobre su cobertura en la Etapa de Cobertura Inicial.

SECCIÓN 5 La etapa de cobertura inicial

Sección 5.1 Lo que usted paga por un medicamento depende del medicamento y de dónde surta su receta

Durante la Etapa de Cobertura Inicial, nuestro plan paga su parte del costo de sus medicamentos cubiertos y usted paga la suya (el monto de su copago). Su parte del costo variará según el medicamento y el lugar donde surta su receta.

Sus opciones de farmacia

El monto que paga por un medicamento depende de si lo obtiene de:

- Una farmacia minorista de la red.
- Una farmacia fuera de la red de nuestro plan. Cubrimos las recetas surtidas en farmacias fuera de la red solo en casos limitados. Consulte el Capítulo 5, Sección 2.5, para saber cuándo cubriremos una receta surtida en una farmacia fuera de la red.
- La farmacia de pedidos por correo de nuestro plan.

Para obtener más información sobre estas opciones de farmacias y cómo surtir sus recetas, consulte el Capítulo 5 y el *Directorio de farmacias de nuestro plan*

www.nhpri.org/dualconnect/find-a-provider-or-pharmacy.

Capítulo 6 Lo que usted paga por los medicamentos de la Parte D**Sección 5.2 Sus costos por un suministro de un mes de un medicamento cubierto**

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

Sus costos por un suministro de un mes de un medicamento cubierto de la Parte D

Nivel	Costo compartido minorista estándar dentro de la red (un suministro de hasta 30 días)	Costo compartido de pedidos por correo (un suministro de hasta 30 días)	Costo compartido de atención a largo plazo (LTC) (un suministro de hasta 31 días)	Costo compartido fuera de la red (la cobertura está limitada a ciertas situaciones; consulte el Capítulo 5 para obtener más detalles) (un suministro de hasta 30 días)
Costo compartido (Todos los medicamentos)	Copago de \$5.10 (genérico) o copago de \$12.65 (marca)	Copago de \$5.10 (genérico) o copago de \$12.65 (marca)	Copago de \$5.10 (genérico) o copago de \$12.65 (marca)	Copago de \$5.10 (genérico) o copago de \$12.65 (marca)

***Si está en un programa que le ayuda a pagar sus medicamentos (Ayuda adicional), la información sobre los costos de los medicamentos de la Parte D puede no aplicarse en su caso.**

Vaya a la Sección 7 para obtener más información sobre el costo compartido de las vacunas de la Parte D.

Sección 5.3 Si su médico le receta un suministro para menos de un mes completo, es posible que no tenga que pagar el costo del suministro de todo el mes.

Normalmente, el precio de un medicamento cubre el suministro de un mes completo. Puede haber ocasiones en las que usted o su médico deseen que tenga menos de un mes de suministro (por ejemplo, si está probando un medicamento por primera vez). También puede pedirle a su médico que le recete, y a su farmacéutico que le dispense, menos de un mes de suministro si esto le ayuda a planificar mejor las fechas de resurtido.

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

Capítulo 6 Lo que usted paga por los medicamentos de la Parte D

- Si usted es responsable del coseguro, paga un *porcentaje* del costo total del medicamento. Dado que el copago se basa en el costo total del medicamento, su costo será menor, ya que el costo total del medicamento será menor.
- Si usted es responsable de un copago por el medicamento, solo paga por los días que recibe, en lugar de un mes completo. Calculamos el monto que paga por día por su medicamento (la tarifa diaria de costo compartido) y lo multiplicamos por la cantidad de días que recibe.

Sección 5.4 Sus costos por un suministro a largo plazo (90 días) de un medicamento cubierto de la Parte D

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

Sus costos por un suministro a largo plazo (90 días) de un medicamento cubierto de la Parte D

Nivel	Costo minorista estándar compartido (dentro de la red) (suministro para 90 días)	Costos compartidos de pedidos por correo (suministro para 90 días)
Costo compartido (Todos los medicamentos)	Copago de \$5.10 (genérico) o copago de \$12.65 (marca)	Copago de \$5.10 (genérico) o copago de \$12.65 (marca)

***Si está en un programa que le ayuda a pagar sus medicamentos (Ayuda adicional), la información sobre los costos de los medicamentos de la Parte D puede no aplicarse en su caso.**

Sección 5.5 Usted permanece en la Etapa de Cobertura Inicial hasta que sus gastos de bolsillo para el año alcancen los \$2,100

Permanece en la Etapa de Cobertura Inicial hasta que sus gastos de bolsillo totales alcancen los \$2,100. Luego, pasa a la Etapa de Cobertura Catastrófica.

La EOB de la Parte D que recibe le ayudará a realizar un seguimiento de cuánto usted, nuestro plan y cualquier tercero ha gastado en su nombre durante el año. No todos los miembros alcanzarán el límite de gastos de bolsillo de \$2,100 en un año.

Capítulo 6 Lo que usted paga por los medicamentos de la Parte D

Le avisaremos si alcanza esta cantidad. Consulte la Sección 1.3 para obtener más información sobre cómo Medicare calcula sus gastos de bolsillo.

SECCIÓN 6 La etapa de cobertura catastrófica

En la Etapa de Cobertura Catastrófica, no paga nada por los medicamentos cubiertos de la Parte D. Ingresar a la Etapa de Cobertura Catastrófica: cuando sus gastos de bolsillo alcanzan el límite de \$2,100 para el año calendario. Una vez en la Etapa de Cobertura Catastrófica, permanece en esta etapa de pago hasta el final del año calendario.

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

SECCIÓN 7 Lo que usted paga por las vacunas de la Parte D

Aviso importante sobre el costo de las vacunas. Algunas vacunas se consideran beneficios médicos y están cubiertas por la Parte B. Otras se consideran medicamentos de la Parte D. Puede encontrar estas vacunas en la Lista de Medicamentos de nuestro plan. Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos sin costo alguno. Consulte la Lista de Medicamentos de nuestro plan o llame a Servicios para Miembros al 1-844-812-6896 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener información sobre la cobertura y los costos compartidos de cada vacuna.

Nuestra cobertura de las vacunas de la Parte D consta de dos partes:

- La primera parte es el costo de **la vacuna en sí**.
- La segunda parte corresponde al costo de **administrarle la vacuna** (A esto a veces se le llama administración de la vacuna).

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

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

- La mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos son recomendadas por ACIP y no tienen ningún costo.

2. Dónde se coloca la vacuna.

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

3. ¿Quién le administra la vacuna?

Capítulo 6 Lo que usted paga por los medicamentos de la Parte D

- Un farmacéutico u otro profesional sanitario puede administrar la vacuna en la farmacia. O bien, un profesional sanitario puede administrarla en el consultorio médico.

Lo que usted paga al momento de recibir la vacuna de la Parte D puede variar dependiendo de las circunstancias y en qué **etapa de pago del medicamento** se encuentre.

- Al vacunarse, es posible que tenga que pagar el costo total de la vacuna y el costo de la administración de la misma. Puede solicitar a nuestro plan que le reembolse la parte que nos corresponde del costo. Para la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D, esto significa que se le reembolsará el costo total.
- Otras veces, cuando recibe una vacuna, solo paga su parte del costo según su beneficio de la Parte D. Para la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, no paga nada.

A continuación se muestran 3 ejemplos de formas en las que puede obtener una vacuna de la Parte D.

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

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

Situación 2: Recibe la vacuna de la Parte D en el consultorio de su médico.

- Cuando recibe la vacuna, es posible que tenga que pagar el costo total de la vacuna en sí y el costo del proveedor para administrársela.
- Luego puede solicitar a nuestro plan que pague nuestra parte del costo utilizando los procedimientos descritos en el Capítulo 7.
- Para la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, se le reembolsará el importe total pagado. Para otras vacunas de la Parte D, se le reembolsará el importe pagado menos cualquier copago por la vacuna (incluida la administración) y la diferencia entre el precio que cobra el médico y lo que normalmente pagamos. (Si recibe Ayuda adicional, le reembolsaremos esta diferencia).

Capítulo 6 Lo que usted paga por los medicamentos de la Parte D

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

- Para la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, no paga nada por la vacuna en sí.
- Para otras vacunas de la Parte D, usted paga a la farmacia su copago por la vacuna en sí.
- Cuando su médico le administre la vacuna, es posible que tenga que pagar el costo total de este servicio.
- Luego puede solicitarle a nuestro plan que pague nuestra parte del costo utilizando los procedimientos del Capítulo 7.
- Para la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, se le reembolsará el importe total pagado. Para otras vacunas de la Parte D, se le reembolsará el importe pagado menos cualquier copago por la administración de la vacuna y la diferencia entre el precio que cobra el médico y lo que normalmente pagamos. (Si recibe Ayuda adicional, le reembolsaremos esta diferencia).

CAPÍTULO 7:

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

SECCIÓN 1 Situaciones en las que debe solicitarnos que paguemos nuestra parte por servicios o medicamentos cubiertos

Nuestros proveedores de la red facturan directamente a nuestro plan los servicios y medicamentos cubiertos. Si recibe una factura por el costo total de la atención médica o los medicamentos que recibió, envíenosla para que podamos pagarla. Al enviarnos la factura, la revisaremos y decidiremos si los servicios y medicamentos deben estar cubiertos. Si decidimos que deben estar cubiertos, le pagaremos directamente al proveedor.

Si ya pagó por un servicio o artículo de Medicare cubierto por nuestro plan, puede solicitarle un reembolso (a esto se le suele llamar "**reembolso**"). Tiene derecho a que nuestro plan le reembolse el pago siempre que haya pagado más de su costo compartido por servicios médicos o medicamentos cubiertos por nuestro plan. Es posible que deba cumplir con plazos para recibir el reembolso. Consulte la Sección 2 de este capítulo. Cuando nos envíe una factura que ya haya pagado, la revisaremos y decidiremos si los servicios o medicamentos deben estar cubiertos. Si decidimos que deben estar cubiertos, le reembolsaremos el pago.

También puede haber ocasiones en las que reciba una factura de un proveedor por el costo total de la atención médica que recibió o por un monto superior al que le corresponde. Primero, intente resolver la factura con el proveedor. Si eso no funciona, envíenos la factura en lugar de pagarla. Revisaremos la factura y decidiremos si los servicios deben estar cubiertos. Si decidimos que deben estar cubiertos, le pagaremos directamente al proveedor. Si decidimos no pagar, le notificaremos. Nunca debe pagar más del costo compartido permitido por el plan. Si este proveedor tiene contrato, aún tiene derecho a recibir tratamiento.

Ejemplos de situaciones en las que es posible que necesite solicitar a nuestro plan que le reembolse o que pague una factura que recibió:

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

1. Cuando recibió atención médica de emergencia o urgente de un proveedor que no está en la red de nuestro plan

- Puede obtener servicios de emergencia o urgencia de cualquier proveedor, independientemente de si forma parte de nuestra red o no. En estos casos, solicite al proveedor que facture a nuestro plan.
- Si paga el importe total al recibir la atención, solicite el reembolso. Envíenos la factura junto con la documentación de cualquier pago realizado.
- Es posible que reciba una factura del proveedor solicitando un pago que cree que no debe. Envíenos esta factura junto con la documentación de cualquier pago realizado.
 - Si se le debe algo al proveedor, le pagaremos directamente al proveedor.
 - Si ya pagaste por el servicio, le reembolsaremos el dinero a usted.

2. Cuando un proveedor de red le envía una factura que cree que no debería pagar

Los proveedores de red siempre deben facturar directamente a nuestro plan. Sin embargo, a veces cometen errores y le piden que pague por sus servicios recibidos.

- Cuando reciba una factura de un proveedor de red, envíenosla. Nos pondremos en contacto directamente con el proveedor y resolveremos el problema de facturación.
- Si ya pagó una factura a un proveedor de la red, envíenosla junto con la documentación de cualquier pago realizado. Solicite el reembolso de los servicios cubiertos.

3. Si está inscrito retroactivamente en nuestro plan

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

Si se inscribió retroactivamente en nuestro plan y pagó de su bolsillo alguno de los servicios o medicamentos cubiertos después de su fecha de inscripción puede solicitarnos el reembolso de nuestra parte de los costos. Debe presentar la documentación, como recibos y facturas, para que podamos gestionar el reembolso.

4. Cuando utiliza una farmacia fuera de la red para surtir una receta

Si acude a una farmacia fuera de la red, es posible que no puedan presentarnos la reclamación directamente. En ese caso, deberá pagar el costo total de su receta.

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

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

medicamento en la farmacia fuera de la red y lo que pagaríamos en una farmacia dentro de la red.

5. Cuando paga el costo total de una receta porque no tiene consigo nuestra tarjeta de membresía del plan

Si no tiene la tarjeta de membresía de nuestro plan, puede pedirle a la farmacia que llame a nuestro plan o que busque la información de inscripción. Si la farmacia no puede obtener la información de inscripción que necesita de inmediato, es posible que deba pagar el costo total de la receta.

Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos solicite el reembolso de nuestra parte de los costos. Es posible que no le reembolsemos el costo total si el precio en efectivo que pagó es mayor que el precio negociado por la receta.

6. Cuando paga el costo total de una receta en otras situaciones

Es posible que usted pague el costo total de la receta porque descubre que el medicamento no está cubierto por algún motivo.

- Por ejemplo, es posible que el medicamento no esté en la Lista de Medicamentos de nuestro plan o que tenga un requisito o restricción que desconocía o que no le corresponde. Si decide obtener el medicamento de inmediato, es posible que deba pagar el costo total.
- Conserve su recibo y envíenos una copia cuando nos solicite un reembolso. En algunos casos, podríamos necesitar más información de su médico para reembolsarle la parte que nos corresponde del costo del medicamento. Es posible que no le reembolsemos el costo total si el precio en efectivo que pagó es mayor que el precio negociado por la receta.

Cuando nos envíe una solicitud de pago, la revisaremos y decidiremos si el servicio o medicamento debe estar cubierto. Esto se denomina "tomar una **decisión de cobertura**". Si decidimos que debe estar cubierto, pagaremos la parte que nos corresponde del costo del servicio o medicamento. Si denegamos su solicitud de pago, puede apelar nuestra decisión. El Capítulo 9 contiene información sobre cómo presentar una apelación.

SECCIÓN 2 Cómo solicitarnos que le reembolsemos o paguemos una factura que recibió

Puede solicitarnos un reembolso enviándonos una solicitud por escrito. Si la envía por escrito, envíe su factura y la documentación de cualquier pago realizado. Le recomendamos hacer una copia de su factura y recibos para sus registros. **Debe presentar su reclamación**

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

dentro de los 365 días posteriores a la fecha en que recibió el servicio, artículo o medicamento.

Para asegurarse de que nos está brindando toda la información que necesitamos para tomar una decisión puede completar nuestro formulario de reclamo para realizar su solicitud de pago.

- No es obligatorio usar el formulario, pero nos ayudará a procesar la información con mayor rapidez. La información requerida para que tomemos una decisión incluye, entre otros datos: nombre, nombre del proveedor, fecha de los servicios, artículo y monto en dólares.
- Descargue una copia del formulario de nuestro sitio web (www.nhpri.org/DualCONNECT) o llame a Servicios para Miembros al 1-844-812-6896 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) y solicite el formulario.

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

Para solicitudes de pago de la Parte C, envíelas por correo a:

Neighborhood Health Plan of Rhode Island
Attn: Claims Department
PO Box 28259
Providence, RI 02908-3700

Para solicitudes de pago de medicamentos recetados de la Parte D, envíelas por correo a:

CVS Caremark® Medicare Part D Claims Processing
PO BOX 52066
Phoenix, AZ 85072-2066

SECCIÓN 3 Consideraremos su solicitud de pago y responderemos sí o no

Cuando recibamos su solicitud de pago, le informaremos si necesitamos información adicional. De lo contrario, consideraremos su solicitud y tomaremos una decisión sobre la cobertura.

- Si determinamos que la atención médica o el medicamento están cubiertos y usted cumplió con todas las normas, pagaremos nuestra parte del costo del servicio o medicamento. Si ya pagó el servicio o medicamento, le enviaremos por correo el reembolso correspondiente. Si pagó el costo total de un medicamento, es posible que

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

no se le reembolse la totalidad (por ejemplo, si lo adquirió en una farmacia fuera de la red o si el precio en efectivo que pagó es superior al precio negociado). Si aún no ha pagado el servicio o medicamento, le enviaremos el pago directamente al proveedor.

- Si decidimos que la atención médica o el medicamento *no están* cubiertos, o usted *no cumple* con todas las normas, no pagaremos nuestra parte del costo de la atención o el medicamento. Le enviaremos una carta explicando las razones por las que no le enviamos el pago y su derecho a apelar esa decisión.

Sección 3.1 Si le informamos que no pagaremos la totalidad o parte de la atención médica o el medicamento, puede presentar una apelación

Si cree que cometimos un error al rechazar su solicitud de pago o el monto que le estamos pagando, puede presentar una apelación. Al presentar una apelación, nos solicita que modifiquemos la decisión que tomamos al rechazar su solicitud de pago. El proceso de apelación es formal, con procedimientos detallados y plazos importantes. Para obtener más información sobre cómo presentar esta apelación, consulte el Capítulo 9.

CAPÍTULO 8:

Sus derechos y responsabilidades

SECCIÓN 1 Nuestro plan debe respetar sus derechos y sensibilidades culturales

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

Nuestro plan debe garantizar que todos los servicios, tanto clínicos como no clínicos, se presten de forma culturalmente competente y sean accesibles para todos los afiliados, incluyendo a quienes tienen un dominio limitado del inglés, habilidades de lectura limitadas, discapacidad auditiva o personas de diversos orígenes culturales y étnicos. Algunos ejemplos de cómo nuestro plan puede cumplir con estos requisitos de accesibilidad incluyen, entre otros, la prestación de servicios de traducción, interpretación, teletipos o conexión TTY (teléfono de texto o teletipo).

Nuestro plan cuenta con servicios de interpretación gratuitos disponibles para responder preguntas de los miembros que no hablan inglés. También podemos proporcionarle materiales en otros idiomas, incluyendo español y portugués, y braille, en letra grande u otros formatos alternativos sin costo alguno si lo necesita. Estamos obligados a brindarle información sobre los beneficios de nuestro plan en un formato accesible y adecuado para usted. Para obtener información de nuestra parte de una manera que le resulte conveniente, llame a Servicios para Miembros al 1-844-812-6896 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

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

Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades

Si no hay proveedores disponibles para una especialidad en la red de nuestro plan, es responsabilidad de nuestro plan encontrar proveedores especializados fuera de la red que le brinden la atención necesaria. En este caso, solo pagará el costo compartido dentro de la red. Si no hay especialistas en la red de nuestro plan que cubran el servicio que necesita, llame a nuestro plan para obtener información sobre dónde obtener este servicio con el costo compartido dentro de la red.

Si tiene problemas para obtener información de nuestro plan en un formato accesible y adecuado para usted, consultar con un especialista en salud femenina o encontrar un especialista de la red, llame para presentar una queja ante el Departamento de Servicios para Miembros de Neighborhood Dual CONNECT al 1-844-812-6896 (TTY 711). También puede presentar una queja ante Medicare llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o directamente a la Oficina de Derechos Civiles al 1-800-368-1019 o TTY 1-800-537-7697.

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

Our plan has free interpreter services available to answer questions from non-English speaking members. We can also give you materials in languages other than English including Spanish and Portuguese and braille, in large print, or other alternate formats at no cost if you need it. We're required to give you information about our plan's benefits in a format that's accessible and appropriate for you. To get information from us in a way that works for you, call Member Services at 1-844-812-6896 (TTY users call 711).

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

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

If you have any trouble getting information from our plan in a format that's accessible and appropriate for you, seeing a women's health specialist or finding a network specialist, call to file a grievance with Neighborhood Dual CONNECT Member Services at 1-844-812-6896 (TTY

Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades

711). You can also file a complaint with Medicare by calling 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) or directly with the Office for Civil Rights 1-800-368-1019 or TTY 1-800-537-7697.

Nosso plano deve garantir que todos os serviços, clínicos e não clínicos, sejam prestados de forma culturalmente competente e acessíveis a todos os inscritos, incluindo aqueles com proficiência limitada em inglês, habilidades de leitura limitadas, deficiência auditiva ou pessoas com origens culturais e étnicas diversas. Exemplos de como nosso plano pode atender a esses requisitos de acessibilidade incluem, entre outros, a prestação de serviços de tradução, serviços de interpretação, teletipos ou conexão TTY (telefone de texto ou telefone teletipo).

Nosso plano oferece serviços de intérprete gratuitos para responder a perguntas de membros que não falam inglês. Também podemos fornecer materiais em outros idiomas além do inglês, incluindo espanhol, português e braille, em letras grandes ou outros formatos alternativos, sem nenhum custo, se necessário. Somos obrigados a fornecer informações sobre os benefícios do nosso plano em um formato acessível e apropriado para você. Para obter informações da nossa forma, ligue para o Atendimento ao Cliente no número 1-844-812-6896 (usuários de TTY, liguem para 711).

Nosso plano é oferecer às mulheres inscritas a opção de acesso direto a um especialista em saúde da mulher dentro da rede para serviços de saúde de rotina e preventivos para mulheres.

Caso não haja profissionais na rede do nosso plano para uma especialidade disponível, é responsabilidade do nosso plano localizar profissionais especializados fora da rede que lhe prestarão o atendimento necessário. Nesse caso, você pagará apenas o compartilhamento de custos dentro da rede. Se você se encontrar em uma situação em que não haja especialistas na rede do nosso plano que cubram o serviço que você precisa, ligue para o nosso plano para obter informações sobre onde obter esse serviço com compartilhamento de custos dentro da rede.

Caso tenha alguma dificuldade para obter informações do nosso plano em um formato acessível e apropriado para você, consultar um especialista em saúde da mulher ou encontrar um especialista da rede, ligue para o Serviço de Atendimento ao Membro do Neighborhood Dual CONNECT pelo telefone 1-844-812-6896 (TTY 711). Você também pode registrar uma reclamação junto ao Medicare ligando para 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) ou diretamente para o Escritório de Direitos Civis pelo telefone 1-800-368-1019 ou TTY 1-800-537-7697.

Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades

Sección 1.2 Debemos asegurarnos de que usted tenga acceso oportuno a los servicios y medicamentos cubiertos

Tiene derecho a elegir un proveedor de atención primaria (PCP) en la red de nuestro plan para que le brinde y administre sus servicios cubiertos. No es necesario que obtenga referencias para acudir a los proveedores de la red.

Tiene derecho a obtener citas y servicios cubiertos de la red de proveedores de nuestro plan *en un plazo razonable*. Esto incluye el derecho a recibir atención oportuna de especialistas cuando la necesite. También tiene derecho a surtir o renovar sus recetas en cualquiera de las farmacias de nuestra red sin demoras.

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

Sección 1.3 Debemos proteger la privacidad de su información médica personal

Las leyes federales y estatales protegen la privacidad de su historial médico e información personal de salud. Protegemos su información personal de salud según lo exigen estas leyes.

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

¿Cómo protegemos la privacidad de su información de salud?

- Nos aseguramos de que personas no autorizadas no vean ni modifiquen sus registros.
- Salvo las circunstancias que se indican a continuación, si tenemos la intención de dar su información médica a alguien que no le brinde ni pague su atención, *primero debemos obtener su permiso por escrito o el de alguien a quien le haya dado poder legal para tomar decisiones por usted*.
- Existen ciertas excepciones que no requieren su autorización por escrito. Estas excepciones están permitidas o exigidas por ley.
 - Estamos obligados a divulgar información de salud a las agencias gubernamentales que controlan la calidad de la atención.
 - Dado que usted es miembro de nuestro plan a través de Medicare, estamos obligados a proporcionar a Medicare su información médica, incluyendo

Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades

información sobre sus medicamentos recetados de la Parte D. Si Medicare divulga su información para investigación u otros usos, lo hará de acuerdo con las leyes y regulaciones federales; por lo general, esto requiere que no se comparta la información que lo identifica de manera única.

Podrá ver la información de sus registros y saber cómo se ha compartido con otros

Tiene derecho a consultar su historial médico en nuestro plan y a obtener una copia. Podemos cobrarle por las copias. También tiene derecho a solicitarnos que hagamos adiciones o correcciones a su historial médico. Si nos lo solicita, colaboraremos con su proveedor de atención médica para decidir si se deben realizar los cambios.

Tiene derecho a saber cómo se ha compartido su información de salud con otros para cualquier propósito que no sea de rutina.

Si tiene preguntas o inquietudes sobre la privacidad de su información médica personal, llame a Servicios para Miembros al 1-844-812-6896 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

Sección 1.4 Debemos brindarle información sobre nuestro plan, nuestra red de proveedores y sus servicios cubiertos

Como miembro de Neighborhood Dual CONNECT, usted tiene derecho a obtener varios tipos de información de nuestra parte.

Si desea alguno de los siguientes tipos de información, llame a Servicios para Miembros al 1-844-812-6896 (los usuarios de TTY deben llamar al 711):

- **Información sobre nuestro plan.** Esto incluye, por ejemplo, información sobre la situación financiera de nuestro plan.
- **Información sobre nuestros proveedores de red y Farmacias.** Tiene derecho a obtener información sobre las cualificaciones de los proveedores y farmacias de nuestra red y cómo les pagamos
- **Información sobre su cobertura y las normas que debe seguir al usarla.** Los Capítulos 3 y 4 proporcionan información sobre los servicios médicos. Los Capítulos 5 y 6 proporcionan información sobre la cobertura de medicamentos de la Parte D.
- **Información sobre por qué un servicio médico no está cubierto y qué puede hacer al respecto.** El Capítulo 9 proporciona información sobre cómo solicitar una explicación por escrito de por qué un servicio médico o un medicamento de la Parte D no está cubierto o si su cobertura está restringida. El Capítulo 9 también proporciona

Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades

información sobre cómo solicitarnos que modifiquemos una decisión, también conocida como apelación.

Sección 1.5 Usted tiene derecho a conocer sus opciones de tratamiento y a participar en las decisiones sobre su atención

Tiene derecho a recibir información completa de sus médicos y otros profesionales de la salud. Sus profesionales deben explicarle su afección médica y sus opciones de tratamiento *de forma que usted pueda comprenderlas*.

También tiene derecho a participar plenamente en las decisiones sobre su atención médica. Para ayudarle a tomar decisiones con sus médicos sobre el tratamiento más adecuado para usted, sus derechos incluyen los siguientes:

- **Conocer todas sus opciones.** Tiene derecho a que le informen sobre todas las opciones de tratamiento recomendadas para su afección, sin importar su costo o si están cubiertas por nuestro plan. Esto también incluye recibir información sobre los programas que nuestro plan ofrece para ayudar a los miembros a administrar sus medicamentos y usarlos de forma segura.
- **Conocer los riesgos.** Tiene derecho a que se le informe sobre cualquier riesgo relacionado con su atención médica. Debe ser informado con antelación si algún tratamiento o atención médica propuesto forma parte de un experimento de investigación. Siempre tiene la opción de rechazar cualquier tratamiento experimental
- **El derecho a decir "no".** Tiene derecho a rechazar cualquier tratamiento recomendado. Esto incluye el derecho a abandonar un hospital u otro centro médico, incluso si su médico le aconseja no hacerlo. También tiene derecho a dejar de tomar su medicación. Si rechaza el tratamiento o deja de tomar la medicación, acepta toda la responsabilidad por lo que le suceda a su cuerpo como resultado.

Tiene derecho a dar instrucciones sobre lo que se debe hacer si no puede tomar decisiones médicas por sí mismo

A veces, las personas se ven incapaces de tomar decisiones sobre su salud debido a accidentes o enfermedades graves. Tiene derecho a expresar lo que desea que suceda si se encuentra en esta situación. Esto significa que, *si lo desea*, puede:

- Completar un formulario escrito para darle **a alguien la autoridad legal para tomar decisiones médicas por usted** si alguna vez deja de poder tomar decisiones por sí mismo.

Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades

- **Proporcionar a sus médicos instrucciones escritas** sobre cómo desea que manejen su atención médica si usted no puede tomar decisiones por sí mismo.

Los documentos legales que se pueden utilizar para dar instrucciones por adelantado en estas situaciones se denominan **directivas anticipadas**. Los documentos como un **testamento vital** y un **poder notarial para la atención médica** son ejemplos de directivas anticipadas.

Cómo establecer una directiva anticipada para dar instrucciones:

- **Consiga un formulario.** Puede obtener un formulario de directivas anticipadas de su abogado, un trabajador social o algunas tiendas de artículos de oficina. A veces, puede obtener formularios de directivas anticipadas de organizaciones que brindan información sobre Medicare. También puede llamar a Servicios para Miembros al 1-844-812-6896 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para solicitar los formularios.
- **Llene el formulario y fírmelo.** Independientemente de dónde lo obtenga, es un documento legal. Considere la posibilidad de que un abogado le ayude a prepararlo.
- **Entregue copias del formulario a las personas adecuadas.** Entregue una copia a su médico y a la persona que usted indique en el formulario, quien podrá tomar decisiones por usted si usted no puede. También puede entregar copias a amigos cercanos o familiares. Guarde una copia en casa.

Si sabe de antemano que va a ser hospitalizado y firmó una directiva anticipada, **lleve una copia con usted al hospital.**

- El hospital le preguntará si firmó un formulario de directiva anticipada y si lo tiene consigo.
- Si no firmó un formulario de directiva anticipada, el hospital tiene formularios disponibles y le preguntará si desea firmar uno.

Completar una directiva anticipada es su decisión (incluso si desea firmarla si está hospitalizado). Según la ley, nadie puede negarle atención médica ni discriminarle por haber firmado o no una directiva anticipada.

Si no se siguen sus instrucciones

Si firma una directiva anticipada y cree que un médico u 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:

Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades

Department of Health
3 Capital Hill
Providence, RI 02908

Sección 1.6 Tiene derecho a presentar quejas y solicitarnos que reconsideremos las decisiones que tomamos

Si tiene algún problema, inquietud o queja y necesita solicitar cobertura o presentar una apelación, el Capítulo 9 de este documento le explica qué puede hacer. Independientemente de lo que haga (solicitar una decisión de cobertura, presentar una apelación o presentar una queja), **estamos obligados a tratarlo de manera justa.**

Sección 1.7 Si cree que está siendo tratado injustamente o que no se están respetando sus derechos

Si cree que ha sido tratado injustamente o que sus derechos no han sido respetados debido a su raza, discapacidad, religión, sexo, salud, origen étnico, credo (creencias), edad u origen nacional, llame a la **Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos** al 1-800-368-1019 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-537-7697), o llame a su Oficina de Derechos Civiles local.

Si cree que lo han tratado injustamente o que no se han respetado sus derechos y *no* se trata de discriminación, puede obtener ayuda para lidiar con el problema que tiene en estos lugares:

- **Llame a los Servicios para Miembros de nuestro plan al 1-844-812-6896 (los usuarios de TTY deben llamar al 711)**
- **Llame a su SHIP local** al 1-401-462-4444 (TTY 711).
- **Llame a Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048)
- **Llame a Medicaid de Rhode Island** al 1-855-697-4347. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.

Sección 1.8 Cómo obtener más información sobre sus derechos

Obtenga más información sobre sus derechos en estos lugares:

- **Llame a Servicios para Miembros al 1-844-812-6896 (los usuarios de TTY deben llamar al 711)**
- **Llame a su SHIP local** al 1-401-462-4444 (TTY 711).

Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades

- **Comuníquese con Medicare**

- Visite www.Medicare.gov para leer la publicación *Derechos y protecciones de Medicare* (disponible en: [Derechos y protecciones de Medicare](#))
- Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048)

SECCIÓN 2 Sus responsabilidades como miembro de nuestro plan

A continuación, se detallan los pasos que debe seguir como miembro de nuestro plan. Si tiene alguna pregunta, llame a Servicios para Miembros al 1-844-812-6896 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

- **Familiarizarse con los servicios cubiertos y las normas que debe seguir para obtenerlos.** Utilice esta *Evidencia de Cobertura* para conocer qué está cubierto y las normas que debe seguir para obtenerlos.
 - Los Capítulos 3 y 4 brindan detalles sobre los servicios médicos.
 - Los Capítulos 5 y 6 brindan detalles sobre la cobertura de medicamentos de la Parte D.
- **Si tiene alguna otra cobertura de salud o de medicamentos además de nuestro plan, nos lo debe informar.** El Capítulo 1 le informa sobre cómo coordinar estos beneficios.
- **Informar a su médico y a otros proveedores de atención médica que está inscrito en nuestro plan.** Muestre nuestra tarjeta de membresía del plan y su tarjeta de Medicaid siempre que reciba atención médica o medicamentos de la Parte D.
- **Ayudar a sus médicos y otros proveedores a asistirlo brindándoles información, haciéndoles preguntas y haciendo un seguimiento de su atención.**
 - Para recibir la mejor atención, informe a sus médicos y otros profesionales de la salud sobre sus problemas de salud. Siga los planes de tratamiento y las instrucciones que usted y sus médicos hayan acordado.
 - Asegúrese de que sus médicos sepan todos los medicamentos que está tomando, incluidos los medicamentos de venta libre, las vitaminas y los suplementos.
 - Si tiene preguntas, asegúrese de preguntar y obtener una respuesta que pueda entender.

Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades

- **Ser considerado.** Esperamos que nuestros miembros respeten los derechos de los demás pacientes. También esperamos que actúen de forma que contribuyan al buen funcionamiento de su consultorio médico, hospitales y demás consultorios.
- **Pagar lo que debe.** Como miembro del plan, usted es responsable de estos pagos:
 - Debe continuar pagando sus primas de Medicare para seguir siendo miembro de nuestro plan.
 - Para la mayoría de los medicamentos cubiertos por nuestro plan, debe pagar su parte del costo cuando obtiene el medicamento.
- **Si se muda *dentro del área de servicio de nuestro plan*, necesitamos saberlo** para poder mantener su registro de membresía actualizado y saber cómo comunicarnos con usted.
- **Si se muda *fuera del área de servicio de nuestro plan*, no podrá seguir siendo miembro de nuestro plan.**
- **Si se muda, informar al Seguro Social (o a Railroad Retirement Board).**

CAPÍTULO 9

Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

SECCIÓN 1 Qué hacer si tiene un problema o inquietud

Este capítulo explica los procesos para gestionar problemas e inquietudes. El proceso que utilice para gestionar su problema dependerá del tipo de problema que tenga:

1. Si su problema se relaciona con los beneficios de **Medicare** o **Medicaid** si necesita ayuda para decidir si usar el proceso de Medicare, el de Medicaid o ambos, llame a Servicios para Miembros al 1-844-812-6896 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).
2. El tipo de problema que tiene:
 - Para algunos problemas, es necesario utilizar el **proceso de decisiones de cobertura y apelaciones**.
 - Para otros problemas, es necesario utilizar el **proceso para presentar quejas** (también llamadas reclamos).

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

La información de este capítulo le ayudará a identificar el proceso correcto a utilizar y qué hacer.

Sección 1.1 Términos legales

Existen términos legales para algunas de las reglas, procedimientos y tipos de plazos que se explican en este capítulo. Muchos de estos términos son desconocidos para la mayoría de las personas. Para facilitar la tarea, este capítulo utiliza términos más familiares en lugar de algunos términos legales.

Capítulo 9 Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Sin embargo, a veces es importante conocer los términos legales correctos. Para ayudarle a saber qué términos usar para obtener la ayuda o información adecuadas, incluimos estos términos legales al brindar detalles sobre cómo manejar situaciones específicas.

SECCIÓN 2 Dónde obtener más información y ayuda personalizada

Siempre estamos disponibles para ayudarle. Incluso si tiene una queja sobre nuestro trato, estamos obligados a respetar su derecho a presentar una queja. Siempre debe llamar a Servicios para Miembros al 1-844-812-6896 (los usuarios TTY deben llamar al 711) para obtener ayuda. En algunas situaciones, es posible que también necesite ayuda u orientación de alguien ajeno a nosotros. Dos organizaciones que pueden ayudarle son:

El Programa Estatal de Asistencia para el Seguro de Salud (SHIP)

Cada estado cuenta con un programa gubernamental con asesores capacitados. El programa no tiene relación con nosotros ni con ninguna compañía de seguros ni plan de salud. Los asesores de este programa pueden ayudarle a comprender el proceso que debe seguir para abordar su problema. También pueden responder preguntas, brindarle más información y ofrecerle orientación sobre qué hacer.

Los servicios de los asesores de SHIP son gratuitos. Llame al 1-888-884-8721 (TTY 401-462-0740) o visite su sitio web: www.oha.ri.gov.

Medicare

También puede comunicarse con Medicare para obtener ayuda:

- Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), disponible las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- Visite www.Medicare.gov

Puede obtener ayuda e información de Medicaid

También puede obtener ayuda de Medicaid. Comuníquese con la Línea de Información del Department of Human Services of Rhode Island (DHS) al 1-855-697-4347 (TTY 711) para obtener ayuda con Medicaid y con los Servicios y Apoyos a Largo Plazo (LTSS) del DHS al 1-401-574-9915 para obtener ayuda con LTSS de Medicaid.

Cómo obtener ayuda de la Organización para la Mejora de la Calidad (QIO) de Rhode Island

Capítulo 9 Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

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 a Neighborhood Dual CONNECT.

- 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. Este número es para personas con problemas de audición o del habla. Se requiere un equipo telefónico especial para llamar.

SECCIÓN 3 Elegir qué proceso seguir para su problema

Dado que tiene Medicare y recibe ayuda de Medicaid, puede usar diferentes procesos para gestionar su problema o queja. El proceso que use dependerá de si el problema se relaciona con los beneficios de Medicare o de Medicaid. Si su problema se relaciona con un beneficio cubierto por Medicare, use el proceso de Medicare. Si su problema se relaciona con un beneficio cubierto por Medicaid, use el proceso de Medicaid. Si necesita ayuda para decidir si usar el proceso de Medicare o el de Medicaid, llame a Servicios para Miembros al 1-844-812-6896 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

Los procesos de Medicare y Medicaid se describen en diferentes partes de este capítulo. Para saber qué parte debe leer, consulte el cuadro a continuación.

¿Su problema está relacionado con los beneficios de Medicare o de Medicaid?

Mi problema es sobre los beneficios de **Medicare**

Vaya a **la Sección 4, Cómo manejar problemas relacionados con sus beneficios de Medicare.**

Mi problema es acerca de Cobertura de **Medicaid**

Vaya a **la Sección 12, Cómo manejar problemas relacionados con sus beneficios de Medicaid.**

Capítulo 9 Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

SECCIÓN 4 Cómo manejar problemas relacionados con sus beneficios de Medicare

¿Su problema o inquietud es sobre sus beneficios o cobertura?

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

Sí.

Vaya a **la Sección 5, Una guía para decisiones de cobertura y apelaciones.**

No.

Vaya a **la Sección 11, Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes.**

Decisiones de cobertura y apelaciones

SECCIÓN 5 Una guía para decisiones de cobertura y apelaciones

Las decisiones de cobertura y las apelaciones abordan 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 médicos, servicios y medicamentos de la Parte B de Medicare como **atención médica**. El proceso de decisiones de cobertura y apelaciones se utiliza para cuestiones como si un servicio está cubierto o no y cómo está cubierto.

Solicitar decisiones de cobertura antes de recibir servicios

Si desea saber si cubriremos la atención médica antes de recibirla, puede solicitarnos que tomemos una decisión de cobertura por usted. Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos sobre sus beneficios y cobertura, o sobre el monto que pagaremos por su atención médica. Por ejemplo, si el médico de la red de nuestro plan lo deriva a un especialista médico fuera de la red, esta derivación se considera una decisión de cobertura favorable a menos que usted o su médico de la red puedan demostrar que recibieron una notificación de denegación estándar para este especialista médico, o que la *Evidencia de*

Capítulo 9 Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Cobertura aclare que el servicio derivado nunca está cubierto bajo ninguna condición. Usted o su médico también pueden contactarnos y solicitar una decisión de cobertura si su médico no está seguro de si cubriremos un servicio médico en particular o se niega a brindarle la atención médica que usted cree que necesita.

En circunstancias limitadas, se desestimará una solicitud de decisión de cobertura, lo que significa que no la revisaremos. Algunos ejemplos de casos en que se desestimará una solicitud incluyen si está incompleta, si alguien la presenta en su nombre sin estar legalmente autorizado para hacerlo o si usted solicita que se retire su solicitud. Si desestimamos una solicitud de decisión de cobertura, le enviaremos una notificación explicando el motivo de la desestimación y cómo solicitar una revisión.

Tomamos una decisión de cobertura cada vez que determinamos qué está cubierto para usted y cuánto pagamos. En algunos casos, podríamos decidir que la atención médica no está cubierta o que ya no está cubierta para usted. Si no está de acuerdo con esta decisión de cobertura, puede presentar una apelación.

Presentar una apelación

Si tomamos una decisión de cobertura, ya sea antes o después de que reciba un beneficio, y no está satisfecho, puede **apelar** la decisión. Una apelación es una forma formal de solicitarnos que revisemos y modifiquemos una decisión de cobertura que tomamos. En ciertas circunstancias, puede solicitar una **apelación acelerada o rápida** de una decisión de cobertura. Su apelación es tramitada por revisores diferentes a los que tomaron la decisión original.

Cuando apela una decisión por primera vez, esto se denomina apelación de Nivel 1. En esta apelación, revisamos la decisión de cobertura que tomamos para verificar si seguimos las reglas correctamente. Al finalizar la revisión, le daremos nuestra decisión.

En circunstancias limitadas, se desestimará una solicitud de apelación de Nivel 1, lo que significa que no la revisaremos. Algunos ejemplos de casos en que se desestimará una solicitud incluyen si está incompleta, si alguien la presenta en su nombre sin estar legalmente autorizado para hacerlo, o si usted solicita que se retire su solicitud. Si desestimamos una solicitud de apelación de Nivel 1, le enviaremos una notificación explicando el motivo de la desestimación y cómo solicitar una revisión de la misma.

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

Capítulo 9 Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- No necesita hacer nada para iniciar una apelación de Nivel 2. Las reglas de Medicare requieren que enviemos automáticamente su apelación de atención médica al Nivel 2 si no estamos completamente de acuerdo con su apelación de Nivel 1.
- Consulte **la Sección 6.4** de este capítulo para obtener más información sobre las apelaciones de Nivel 2 para atención médica.
- Las apelaciones de la Parte D se analizan en la Sección 7 de este capítulo.

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

Sección 5.1 Obtener ayuda para solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación

Aquí encontrará recursos si decide solicitar cualquier tipo de decisión de cobertura o apelar una decisión:

- **Llame a Servicios para Miembros al 1-844-812-6896 (los usuarios de TTY deben llamar al 711)**
- **Obtenga ayuda gratuita** de su Programa Estatal de Asistencia de Seguro Médico
- **Su médico u otro profesional de la salud puede presentar la solicitud en su nombre.** Si su médico le ayuda con una apelación posterior al Nivel 2, debe ser designado como su representante. Llame a Servicios para Miembros al 1-844-812-6896 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) y solicite el formulario *de Designación de Representante* (El formulario también está disponible en www.CMS.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf o en nuestro sitio web en www.nhpri.org/providers/provider-resources/forms).
- Por atención médica, su médico u otro profesional de la salud puede solicitar una decisión de cobertura o una apelación de Nivel 1 en su nombre. Si su apelación se deniega en el Nivel 1, se remitirá automáticamente al Nivel 2.
- Por los medicamentos de la Parte D, su médico u otro profesional que receta medicamentos puede solicitar una decisión de cobertura o una apelación de Nivel 1 en su nombre. Si su apelación de Nivel 1 es denegada, su médico o profesional que receta medicamentos puede solicitar una apelación de Nivel 2.
- **Puede pedirle a alguien que actúe en su nombre.** Puede nombrar a otra persona para que actúe en su nombre como su representante y así solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.
- Si desea que un amigo, familiar u otra persona sea su representante, llame a Servicios para Miembros al 1-844-812-6896 (los usuarios de TTY deben llamar al

Capítulo 9 Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

711) y solicite el formulario *de Designación de Representante* (El formulario también está disponible en www.CMS.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf o en nuestro sitio web en www.nhpri.org/providers/provider-resources/forms). Este formulario autoriza a esa persona a actuar en su nombre. Debe estar firmado por usted y por la persona que desea que actúe en su nombre. Debe proporcionarnos una copia del formulario firmado.

- Podemos aceptar una solicitud de apelación de un representante 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, su solicitud será desestimada. En tal caso, le enviaremos una notificación por escrito explicando su derecho a solicitar a la organización de revisión independiente que revise nuestra decisión de desestimar su apelación.
- **También tiene derecho a contratar un abogado.** Puede contactar a su propio abogado o solicitar el nombre de uno en su colegio de abogados local u otro servicio de referencia. También existen grupos que le brindarán servicios legales gratuitos si cumple los requisitos. Sin embargo, **no está obligado a contratar un abogado** para solicitar una decisión de cobertura o apelar una decisión.

Sección 5.2 Reglas y plazos para diferentes situaciones

Existen cuatro situaciones diferentes que involucran decisiones de cobertura y apelaciones. Cada situación tiene reglas y plazos diferentes. A continuación, se detallan cada una de ellas:

- **Sección 6** - Atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación
- **Sección 7** - Medicamentos de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación
- **Sección 8** - Cómo solicitarnos que cubramos una estadía hospitalaria más prolongada si cree que le están dando el alta demasiado pronto
- **Sección 9** - Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos si cree que su cobertura finaliza demasiado pronto (*Se aplica solo 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 información le corresponde, llame a Servicios para Miembros al 1-844-812-6896 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). También puede obtener ayuda o información de su SHIP.

Capítulo 9 Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)**SECCIÓN 6 Atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación****Sección 6.1 Qué hacer si tiene problemas para obtener cobertura de atención médica o desea que le reembolsemos el costo de su atención**

Sus beneficios de atención médica se describen en el Capítulo 4 del Cuadro de beneficios médicos. En algunos casos, se aplican normas diferentes a la solicitud de un medicamento de la Parte B. En esos casos, explicaremos en qué se diferencian las normas para los medicamentos de la Parte B de las normas para los artículos y servicios médicos.

En esta sección se explica lo que puede hacer si se encuentra en alguna de las cinco situaciones siguientes:

1. No está recibiendo la atención médica que desea y cree que nuestro plan la cubre. **Solicite una decisión de cobertura. Sección 6.2.**
2. Nuestro plan no aprueba la atención médica que su médico u otro profesional de la salud desea brindarle, y usted cree que nuestro plan la cubre. **Solicite una decisión de cobertura. Sección 6.2.**
3. Recibió atención médica que considera que nuestro plan debería cubrir, pero le dijimos que no la pagaríamos. **Presente una apelación. Sección 6.3.**
4. Recibió y pagó atención médica que considera que nuestro plan debería cubrir y desea solicitarle un reembolso. **Envíenos la factura. Sección 6.5.**
5. Le informan que la cobertura de cierta atención médica que ha estado recibiendo (que previamente aprobamos) se reducirá o suspenderá, y usted cree que reducirla o suspenderla podría perjudicar su salud. **Presente una apelación. Sección 6.3.**

Nota: Si la cobertura que se suspenderá es para atención hospitalaria, atención médica domiciliaria, atención en un centro de enfermería especializada o servicios de un Centro de rehabilitación ambulatoria integral (CORF), consulte las Secciones 8 y 9. Se aplican reglas especiales a estos tipos de atención.

Sección 6.2 Cómo solicitar una decisión de cobertura**Términos legales:**

Una decisión de cobertura que involucra su atención médica se denomina **determinación de la organización**.

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

Capítulo 9 Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

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

Una decisión de cobertura estándar generalmente se toma en un plazo de 7 días calendario cuando el artículo o servicio médico está sujeto a nuestras normas de autorización previa, 14 días calendario para todos los demás artículos y servicios médicos, o 72 horas para los medicamentos de la Parte B. Una decisión de cobertura rápida generalmente se toma en un plazo de 72 horas para servicios médicos, y 24 horas para medicamentos de la Parte B. Puede obtener una decisión de cobertura rápida solo si el uso de los plazos estándar podría causar un daño grave a su salud o afectar su capacidad para funcionar.

Si su médico nos dice que su salud requiere una cobertura rápida decisión, aceptaremos automáticamente brindarle una cobertura rápida decisión.

Si solicita una decisión rápida de cobertura por su cuenta, sin el apoyo de su médico, decidiremos si su salud requiere que se la demos. Si no la aprobamos, le enviaremos una carta que:

- Explica que utilizaremos los plazos estándar.
- Explica que si su médico solicita una decisión de cobertura rápida automáticamente le daremos una decisión de cobertura rápida
- Explica que puede presentar una queja rápida sobre nuestra decisión de brindarle una decisión de cobertura estándar en lugar de la decisión de cobertura rápida que solicitó.

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

- Comience llamando, escribiendo o enviando un fax a nuestro plan para solicitar que autoricemos o proporcionemos cobertura para la atención médica que desea. Usted, su médico o su representante pueden hacerlo. El Capítulo 2 contiene la información de contacto.

Capítulo 9 Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Paso 3: Consideramos su solicitud de cobertura de atención médica y le damos nuestra respuesta.

Para las decisiones de cobertura estándar utilizamos los plazos estándar.

Esto significa que le daremos una respuesta dentro de los 7 días calendario siguientes a la recepción de su solicitud **para un artículo o servicio médico sujeto a nuestras normas de autorización previa. Si el artículo o servicio médico que solicitó no está sujeto a nuestras normas de autorización previa, le daremos una respuesta dentro de los 14 días calendario** siguientes a la recepción de su solicitud. Si su solicitud es para un **medicamento de la Parte B** le daremos una respuesta **dentro de las 72 horas** siguientes a la recepción de su solicitud.

- **Sin embargo**, si solicita más tiempo o si necesitamos más información que pueda beneficiarle, **podemos tardar hasta 14 días calendario adicionales** si su solicitud es para un artículo o servicio médico. Si nos tomamos días adicionales, se lo notificaremos por escrito. No podemos tomarnos más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento de la Parte B.
- Si considera que *no deberíamos* demorarnos más, puede presentar una queja rápida. Le daremos una respuesta tan pronto como tomemos la decisión. (El proceso para presentar una queja es diferente al de las decisiones de cobertura y las apelaciones. Consulte la Sección 11 para obtener información sobre quejas).

Para tomar decisiones de cobertura rápidas utilizamos un marco de tiempo acelerado.

Una decisión rápida de cobertura significa que responderemos en 72 horas si su solicitud es para un artículo o servicio médico. Si su solicitud es para un medicamento de la Parte B, responderemos en 24 horas.

- **Sin embargo**, si solicita más tiempo o si necesitamos más tiempo que pueda beneficiarle, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales**. Si nos tomamos días adicionales, se lo notificaremos por escrito. No podemos tomarnos más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento de la Parte B.
- Si considera que *no deberíamos* tomarnos días adicionales, puede presentar una queja rápida. (Consulte la Sección 11 para obtener información sobre quejas). Le llamaremos en cuanto tomemos la decisión.
- **Si nuestra respuesta es no a parte o a la totalidad de lo que usted solicitó** le enviaremos una declaración escrita explicando por qué dijimos que no.

Capítulo 9 Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

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

Si rechazamos la solicitud, tiene derecho a solicitarnos que reconsideremos esta decisión mediante una apelación. Esto significa volver a solicitar la cobertura médica que desea. Si presenta una apelación, pasará al Nivel 1 del proceso de apelaciones.

Sección 6.3 Cómo presentar una apelación de Nivel 1

Términos legales:

Una apelación a nuestro plan sobre una decisión de cobertura de atención médica se denomina **reconsideración del plan**.

Una apelación rápida también se denomina **reconsideración acelerada**.

Paso 1: Decida si necesita una apelación estándar o una apelación rápida.

Una apelación estándar generalmente se realiza dentro de los 30 días calendario o 7 días calendario para los medicamentos de la Parte B. Una apelación rápida generalmente se realiza dentro de las 72 horas.

- Si está apelando una decisión que tomamos sobre la cobertura de su atención médica, usted o su médico deben decidir si necesita una apelación rápida. Si su médico nos indica que su salud requiere una apelación rápida, se la concederemos.
- Los requisitos para obtener una apelación rápida son los mismos que para obtener una decisión de cobertura rápida en la Sección 6.2.

Paso 2: Solicite a nuestro plan una apelación o una apelación rápida.

- **Si solicita una apelación estándar, preséntela por escrito.** También puede solicitarla llamándonos. El Capítulo 2 contiene la información de contacto.
- **Si solicita una apelación rápida, hágalo por escrito o llámenos.** El Capítulo 2 contiene la información de contacto.
- **Debe presentar su solicitud de apelación dentro de los 65 días calendario.** a partir de la fecha de la notificación escrita que le enviamos para comunicarle nuestra respuesta sobre la decisión de cobertura. Si no cumple con este plazo y tiene una buena razón para ello, explique el motivo de la demora al presentar su apelación. Podríamos darle más tiempo para presentarla. Ejemplos de buena causa pueden ser una enfermedad grave que le impidió comunicarse con nosotros o si le proporcionamos información incorrecta o incompleta sobre la fecha límite para presentar una apelación.

Capítulo 9 Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- **Puede solicitar una copia gratuita de la información sobre su decisión médica. Usted y su médico pueden agregar más información para respaldar su apelación.**

Paso 3: Consideramos su apelación y le damos nuestra respuesta.

- Al revisar su apelación, examinamos cuidadosamente toda la información. Verificamos si cumplimos con todas las normas al rechazar su solicitud.
- Recopilaremos más información si es necesario y podremos comunicarnos con usted o con su médico.

Plazos para una apelación rápida

- Para apelaciones rápidas, debemos darle una respuesta **dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de su apelación**. Le daremos una respuesta antes si su salud así lo requiere.
 - Si solicita más tiempo o necesitamos más información que pueda beneficiarle, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales** si su solicitud es para un artículo o servicio médico. Si nos tomamos días adicionales, se lo notificaremos por escrito. No podemos tomarnos más tiempo si su solicitud es para un medicamento de la Parte B.
 - Si no le damos una respuesta en un plazo de 72 horas (o al final del plazo extendido si nos tomamos días adicionales), debemos enviar automáticamente su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será revisada por una organización de revisión independiente. La Sección 6.4 explica el proceso de apelación de Nivel 2.
- **Si nuestra respuesta es sí a parte o a la totalidad de lo que solicitó**, debemos autorizar o proporcionar la cobertura que acordamos dentro de las 72 horas posteriores a que recibamos su apelación.
- **Si nuestra respuesta es no a parte o a la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos nuestra decisión por escrito y enviaremos automáticamente su apelación a la organización de revisión independiente para una apelación de Nivel 2. La organización de revisión independiente le notificará por escrito cuando reciba su apelación.

Plazos para una apelación estándar

- Para las apelaciones estándar, debemos darle nuestra respuesta **dentro de los 30 días calendario** posteriores a la recepción de su apelación. Si su solicitud es para un medicamento de la Parte B que aún no ha recibido, le daremos nuestra respuesta **dentro de los 7 días calendario** posteriores a la recepción de su apelación. Le comunicaremos nuestra decisión antes si su estado de salud así lo requiere.

Capítulo 9 Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- Sin embargo, si solicita más tiempo o si necesitamos más información que pueda beneficiarle, **podemos tardar hasta 14 días calendario adicionales** si su solicitud es para un artículo o servicio médico. Si nos tomamos días adicionales, se lo notificaremos por escrito. No podemos tomarnos más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento de la Parte B.
- Si considera que *no deberíamos* demorarnos más, puede presentar una queja rápida. Al presentar una queja rápida, le daremos una respuesta en un plazo de 24 horas. (Consulte la Sección 11 para obtener información sobre quejas).
- Si no le damos una respuesta antes de la fecha límite (o al finalizar el plazo extendido), enviaremos su solicitud a una apelación de Nivel 2, donde una organización de revisión independiente la revisará. La Sección 6.4 explica el proceso de apelación de Nivel 2.
- **Si nuestra respuesta es sí a parte o a la totalidad de lo que solicitó**, debemos autorizar o proporcionar la cobertura dentro de los 30 días calendario si su solicitud es para un artículo o servicio médico, o **dentro de los 7 días calendario** si su solicitud es para un medicamento de la Parte B.
- **Si nuestro plan rechaza parte o la totalidad de su apelación**, enviaremos automáticamente su apelación a la organización de revisión independiente para una apelación de Nivel 2.

Sección 6.4 El proceso de apelación de Nivel 2

Término legal:

El nombre formal de la organización de revisión independiente es **Entidad de Revisión Independiente**. A veces se le denomina **IRE**.

La **organización de revisión independiente es una organización independiente contratada por Medicare**. No tiene relación 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.

Paso 1: La organización de revisión independiente revisa su apelación.

- Enviaremos la información sobre su apelación a esta organización. Esta información se denomina **expediente**. **Tiene derecho a solicitarnos una copia gratuita de su expediente**.

Capítulo 9 Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- Tiene derecho a proporcionar a la organización de revisión independiente información adicional para respaldar su apelación.
- Los revisores de la organización de revisión independiente examinarán cuidadosamente toda la información relacionada con su apelación.

Si tuvo una apelación rápida en el Nivel 1, también tendrá una apelación rápida en el Nivel 2.

- Para la apelación rápida, la organización de revisión independiente 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 organización de revisión independiente necesita recopilar más información que pueda beneficiarle, **puede tardar hasta 14 días calendario adicionales** La organización de revisión independiente no puede tomarse más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento de la Parte B.

Si tuvo una apelación estándar en el Nivel 1, también tendrá una apelación estándar en el Nivel 2.

- Para la apelación estándar, si su solicitud es para un artículo o servicio médico, la organización de revisión independiente debe responder a su apelación de Nivel 2 **dentro de los 30 días calendario** posteriores a su recepción. Si su solicitud es para un medicamento de la Parte B, la organización de revisión independiente debe responder a su apelación de Nivel 2 **dentro de los 7 días calendario** posteriores a su recepción.
- Si su solicitud es para un artículo o servicio médico y la organización de revisión independiente necesita recopilar más información que pueda beneficiarle, **puede tardar hasta 14 días calendario adicionales** La organización de revisión independiente no puede tomarse más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento de la Parte B.

Paso 2: La organización de revisión independiente le da su respuesta.

La organización de revisión independiente le comunicará su decisión por escrito y le explicará los motivos de la misma.

- **Si la organización de revisión independiente acepta 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 brindar el servicio dentro de los 14 días calendario. Tras recibir la decisión de la organización de revisión independiente para **las solicitudes estándar** Para **las solicitudes aceleradas** disponemos de **72 horas** a

Capítulo 9 Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

partir de la fecha de recepción de la decisión de la organización de revisión independiente.

- **Si la organización de revisión independiente aprueba total o parcialmente una solicitud de un medicamento de la Parte B**, debemos autorizar o proporcionar dicho medicamento dentro de **las 72 horas** posteriores a la recepción de la decisión de la organización de revisión independiente para **las solicitudes estándar**. Para **las solicitudes aceleradas** tenemos **24 horas** a partir de la fecha de recepción de la decisión de la organización de revisión independiente.
- **Si la organización de revisión independiente rechaza total o parcialmente su apelación**, significa que está de acuerdo con nuestro plan en que su solicitud (o parte de ella) de cobertura de atención médica no debe aprobarse. (Esto se denomina **confirmar la decisión** o **rechazar su apelación**). En este caso, la organización de revisión independiente le enviará una carta que:
 - Explica la decisión.
 - Informa sobre su derecho a una apelación de Nivel 3 si el valor en dólares de la cobertura de atención médica alcanza un mínimo determinado. La notificación escrita que recibirá de la organización de revisión independiente le indicará el monto en dólares que debe alcanzar para continuar con el proceso de apelación.
 - Explica cómo presentar una apelación de Nivel 3.

Paso 3: Si su caso cumple con los requisitos, usted elige si desea continuar con su apelación.

- Hay tres niveles adicionales en el proceso de apelación después del Nivel 2 (para un total de cinco niveles de apelación). Si desea presentar una apelación de Nivel 3, encontrará los detalles sobre cómo hacerlo en la notificación escrita que recibirá después de su apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 la tramita un Juez Administrativo o un abogado adjudicador. La Sección 10 explica los procesos de apelación de Nivel 3, 4 y 5.

Sección 6.5 Si nos solicita que le reembolsemos una factura que recibió por atención médica

No podemos reembolsarle directamente un servicio o artículo de Medicaid. Si recibe una factura por *Servicios y artículos cubiertos* por Medicaid, envíenos la factura. **No pague la factura usted mismo.** Nos comunicaremos directamente con el proveedor y nos encargaremos del problema. Si paga la factura, puede obtener un reembolso de ese proveedor de atención médica si siguió las normas para obtener el servicio o artículo.

Capítulo 9 Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Solicitar un reembolso es pedirnos una decisión de cobertura.

Si nos envía la documentación solicitando un reembolso, está solicitando una decisión de cobertura. Para tomar esta decisión, verificaremos si la atención médica que pagó está cubierta. También verificaremos si cumplió con las normas para el uso de su cobertura médica.

- **Si decimos que sí a su solicitud:** Si la atención médica está cubierta y usted cumplió con las normas, le enviaremos el pago correspondiente, generalmente en un plazo de 30 días naturales, pero a más tardar 60 días naturales después de recibir su solicitud. Si no ha pagado la atención médica, le enviaremos el pago directamente al proveedor.
- **Si decimos que no a su solicitud:** Si la atención médica no está cubierta o no *cumplió* con todas las normas, no le enviaremos el pago. En su lugar, le enviaremos una carta indicando que no pagaremos la atención médica y los motivos.

Si no está de acuerdo con nuestra decisión de rechazar su solicitud de pago, **puede presentar una apelación**. Al hacerlo, nos solicita que modifiquemos la decisión de cobertura que tomamos al rechazar su solicitud de pago.

Para presentar esta apelación, siga el proceso de apelación descrito en la Sección 6.3. Para apelaciones relacionadas con reembolsos, tenga en cuenta lo siguiente:

- Debemos darle nuestra respuesta dentro de los 60 días calendario siguientes a la recepción de su apelación. Si nos solicita el reembolso de la atención médica que ya recibió y pagó, no puede solicitar una apelación acelerada.
- Si la organización de revisión independiente decide que debemos pagar, debemos enviarle a usted o al proveedor el pago dentro de 30 días calendario. Si la respuesta a su apelación es afirmativa en cualquier etapa del proceso de apelaciones después del Nivel 2, debemos enviarle a usted o al proveedor el pago que solicitó dentro de 60 días calendario.

SECCIÓN 7 Medicamentos de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación

Sección 7.1 Esta sección le indica qué hacer si tiene problemas para obtener un medicamento de la Parte D o si desea que le reembolsemos el costo de un medicamento de la Parte D.

Sus beneficios incluyen cobertura para muchos medicamentos recetados. Para estar cubierto, el medicamento debe usarse para una indicación médicamente aceptada.

Capítulo 9 Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

(Consulte el Capítulo 5 para obtener más información sobre una indicación médicamente aceptada). Para obtener detalles sobre los medicamentos, las normas, las restricciones y los costos de la Parte D, consulte los Capítulos 5 y 6. **Esta sección trata únicamente sobre sus medicamentos de la Parte D.** Para simplificar, generalmente decimos "*medicamento*" en el resto de esta sección, en lugar de repetir siempre "*medicamento recetado para pacientes ambulatorios cubierto*" o "*medicamento de la Parte D*". También usamos el término "Lista de Medicamentos" en lugar de "*Lista de Medicamentos Cubiertos*" o "formulario",

- Si no sabe si un medicamento está cubierto o si cumple con las normas, puede preguntarnos. Algunos medicamentos requieren nuestra aprobación antes de que los cubramos.
- Si su farmacia le informa que su receta no se puede surtir tal como está escrita, la farmacia le entregará un aviso por escrito explicando cómo comunicarse con nosotros para solicitar una decisión de cobertura.

Decisiones y apelaciones sobre la cobertura de la Parte D

Término legal:

Una decisión de cobertura inicial sobre sus medicamentos de la Parte D se denomina **determinación de cobertura**,

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos sobre sus beneficios y cobertura, o sobre el monto que pagaremos por sus medicamentos. Esta sección le explica qué puede hacer si se encuentra en alguna de las siguientes situaciones:

- Solicitar la cobertura de un medicamento de la Parte D que no está en la Lista de Medicamentos de nuestro plan, **Solicite una excepción. Sección 7.2.**
- Solicitar la exención de una restricción en la cobertura de un medicamento de nuestro plan (como límites en la cantidad del medicamento que puede obtener, criterios de autorización previa o el requisito de probar primero otro medicamento). **Solicite una excepción. Sección 7.2.**
- Solicitar la preaprobación de un medicamento. **Solicite una decisión de cobertura. Sección 7.4.**
- Pagar un medicamento recetado que ya compró. **Solicite el reembolso. Sección 7.4.**

Si no está de acuerdo con una decisión de cobertura que tomamos, puede apelar nuestra decisión.

Esta sección le indica cómo solicitar decisiones de cobertura y cómo solicitar una apelación.

Capítulo 9 Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Sección 7.2 Solicitud de una excepción

Términos legales:

Solicitar cobertura para un medicamento que no está en la Lista de medicamentos es una **excepción al formulario**.

Solicitar la eliminación de una restricción en la cobertura de un medicamento es una **excepción al formulario**.

Solicitar pagar un precio más bajo por un medicamento cubierto no preferido es una **excepción de niveles**.

Si un medicamento no está cubierto como usted desea, puede solicitarnos una **excepción**. Una excepción es un tipo de decisión de cobertura.

Para que consideremos su solicitud de excepción, su médico u otro profesional que le receta medicamentos deberá explicar las razones médicas por las que necesita la aprobación de la excepción. A continuación, se presentan dos ejemplos de excepciones que usted, su médico u otro profesional que le receta medicamentos pueden solicitar:

- 1. Cobertura de un medicamento de la Parte D que no está en nuestra Lista de Medicamentos.** Si aceptamos cubrir un medicamento que no está en la Lista de Medicamentos, deberá pagar el monto de costo compartido que corresponda. Todos nuestros medicamentos. No puede solicitar una excepción al monto de costo compartido que le exigimos que pague por el medicamento.
- 2. Eliminación de una restricción para un medicamento cubierto.** El Capítulo 5 describe las reglas o restricciones adicionales que se aplican a ciertos medicamentos de nuestra Lista de Medicamentos.

Sección 7.3 Cosas importantes que debe saber sobre la solicitud de excepciones

Su médico debe informarnos las razones médicas.

Su médico u otro profesional que receta medicamentos debe proporcionarnos una declaración que explique los motivos médicos por los que solicita una excepción. Para una decisión más rápida, incluya esta información médica de su médico u otro profesional que receta medicamentos al solicitar la excepción.

Nuestra Lista de Medicamentos suele incluir más de un medicamento para tratar una afección específica. Estas diferentes posibilidades se denominan medicamentos **alternativos**. Si un medicamento alternativo fuera tan eficaz como el que solicita y no causara más efectos

Capítulo 9 Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

secundarios ni otros problemas de salud, generalmente no lo haremos. Aprobar su solicitud de excepción.

Podemos decir sí o no a su solicitud.

- Si aprobamos su solicitud de excepción, nuestra aprobación suele ser válida hasta el final del año de nuestro plan. Esto es así siempre y cuando su médico continúe recetándole el medicamento y este siga siendo seguro y eficaz para tratar su afección.
- Si respondemos que no a su solicitud, puede solicitar otra revisión presentando una apelación.

Sección 7.4 Cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción

Término legal

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

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

Las decisiones de cobertura estándar se toman dentro de **las 72 horas** posteriores a la recepción del informe médico. **Las decisiones de cobertura rápida** se toman dentro de **las 24 horas** posteriores a la recepción del informe médico.

Si su salud lo requiere, solicítenos una decisión rápida de cobertura. Para obtener una decisión de cobertura rápida, debe cumplir 2 requisitos:

- Debe estar solicitando un *medicamento que aún no ha adquirido*. (No puede solicitar una decisión de cobertura rápida para que le reembolsen un medicamento que ya ha comprado).
- El uso de plazos estándar podría causar daños graves a su salud o perjudicar su capacidad para funcionar.
- **Si su médico u otro profesional que le receta medicamentos nos dice que su salud requiere una decisión de cobertura rápida automáticamente le daremos una decisión de cobertura rápida**
- **Si solicita una decisión rápida de cobertura por su cuenta, sin el apoyo de su médico o profesional de la salud, decidiremos si su salud requiere que se la demos.** Si no la aprobamos le enviaremos una carta que:
 - Explica que utilizaremos los plazos estándar.

Capítulo 9 Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- Explica que si su médico u otro médico que le receta medicamentos solicita una decisión de cobertura rápida automáticamente le daremos una decisión de cobertura rápida
- Explica cómo presentar una queja rápida sobre nuestra decisión de otorgarle una decisión de cobertura estándar en lugar de la que solicitó. Responderemos a su queja dentro de las 24 horas siguientes a su recepción.

Paso 2: Solicite una decisión de cobertura estándar o una decisión de cobertura rápida.

Comience llamando, escribiendo o enviando un fax a nuestro plan para solicitarnos que autoricemos o proporcionemos cobertura para la atención médica que desea. También puede acceder al proceso de decisión de cobertura a través de nuestro sitio web. Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito, incluyendo las solicitudes presentadas mediante el formulario *Modelo de Solicitud de Determinación de Cobertura de los CMS* disponible en nuestro sitio web www.nhpri.org/DualCONNECT/member-materials/. El Capítulo 2 contiene información de contacto. Para ayudarnos a procesar su solicitud, incluya su nombre, información de contacto e información que demuestre qué reclamación denegada se está apelando.

Usted, su médico (u otro médico que le recete medicamentos) o su representante pueden hacerlo. También puede contratar a un abogado para que actúe en su nombre. La Sección 4 de este capítulo explica cómo puede autorizar por escrito a otra persona para que actúe como su representante.

- **Si solicita una excepción, proporcione la justificación** médica que la respalda. Su médico o profesional que le receta medicamentos puede enviarnos la declaración por fax o correo postal. También puede informarnos por teléfono y, si es necesario, enviar una declaración por fax o correo postal.

Paso 3: Consideramos su solicitud y le damos nuestra respuesta.***Plazos para una decisión rápida de cobertura***

- Generalmente debemos darle nuestra respuesta **dentro de las 24 horas** posteriores a que recibamos su solicitud.
 - En caso de excepciones, le daremos una respuesta dentro de las 24 horas siguientes a la recepción de la declaración de apoyo de su médico. Le daremos una respuesta antes si su salud así lo requiere.
 - Si no cumplimos con este plazo, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será revisada por una organización de revisión independiente.

Capítulo 9 Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- **Si nuestra respuesta es sí a parte o a todo lo que usted solicitó**, debemos brindarle la cobertura que acordamos dentro de las 24 horas posteriores a que recibamos su solicitud o la declaración del médico que respalde su solicitud.
- **Si nuestra respuesta es negativa a parte o a la totalidad de su solicitud**, le enviaremos una declaración por escrito explicando el motivo. También le informaremos cómo puede apelar.

Fechas límite para una decisión de cobertura estándar sobre un medicamento que aún no recibió

- Generalmente debemos darle nuestra respuesta **dentro de las 72 horas** posteriores a que recibamos su solicitud.
 - En caso de excepciones, le daremos una respuesta dentro de las 72 horas siguientes a la recepción de la declaración de apoyo de su médico. Le daremos una respuesta antes si su salud así lo requiere.
 - Si no cumplimos con este plazo, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será revisada por una organización de revisión independiente.
- **Si nuestra respuesta es sí a parte o a la totalidad de lo que usted solicitó**, debemos **brindarle la cobertura** que acordamos **dentro de las 72 horas** posteriores a que recibamos su solicitud o la declaración del médico que respalde su solicitud.
- **Si nuestra respuesta es negativa a parte o a la totalidad de su solicitud** le enviaremos una declaración por escrito explicando el motivo. También le informaremos cómo puede apelar.

Fechas límite para una decisión de cobertura estándar sobre el pago de un medicamento que ya ha comprado

- Debemos darle nuestra respuesta **dentro de los 14 días naturales** siguientes a que recibamos su solicitud.
 - Si no cumplimos con este plazo, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será revisada por una organización de revisión independiente.
- **Si nuestra respuesta es sí a parte o a la totalidad de lo que usted solicitó**, también estamos obligados a realizarle el pago dentro de los 14 días calendario siguientes a que recibamos su solicitud.
- **Si nuestra respuesta es negativa a parte o a la totalidad de su solicitud** le enviaremos una declaración por escrito explicando el motivo. También le informaremos cómo puede apelar.

Capítulo 9 Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Paso 4: Si rechazamos su solicitud de cobertura, puede presentar una apelación.

- Si rechazamos la solicitud, tiene derecho a solicitarnos que reconsideremos esta decisión mediante una apelación. Esto significa volver a solicitar la cobertura de medicamentos que desea. Si presenta una apelación, pasará al Nivel 1 del proceso de apelaciones.

Sección 7.5 Cómo presentar una apelación de Nivel 1

Términos legales:

Una apelación a nuestro plan sobre una decisión de cobertura de medicamentos de la Parte D se denomina **redeterminación del plan**.

Una apelación rápida se llama **redeterminación acelerada**.

Paso 1: Decida si necesita una apelación estándar o una apelación rápida.

Una apelación estándar suele presentarse en un plazo de 7 días naturales. Una apelación rápida suele presentarse en un plazo de 72 horas. Si su salud lo requiere, solicite una apelación rápida.

- Si está apelando una decisión que tomamos sobre un medicamento que aún no recibió, usted y su médico u otro profesional que le recetará medicamentos deberán decidir si necesita una apelación rápida.
- Los requisitos para obtener una apelación rápida son los mismos que para obtener una decisión de cobertura rápida en la Sección 7.4.

Paso 2: Usted, su representante, médico u otro profesional que receta debe comunicarse con nosotros y presentar su apelación de Nivel 1. Si su salud requiere una respuesta rápida, debe solicitar una apelación rápida.

- **Para apelaciones estándar, envíe una solicitud por escrito o llámenos.** El Capítulo 2 tiene información de contacto.
- **Para apelaciones rápidas, presente su apelación por escrito o llámenos al** (1-844-812-6896 (TTY 711). El Capítulo 2 tiene información de contacto.
- **Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito**, incluyendo las presentadas mediante el *Formulario Modelo de Solicitud de Redeterminación de los CMS* disponible en nuestro sitio web www.nhpri.org/DualCONNECT/member-materials/. Incluya su nombre, información de contacto e información sobre su reclamación para facilitarnos el trámite.

Capítulo 9 Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- **Debe presentar su solicitud de apelación dentro de los 65 días calendario** a partir de la fecha de la notificación escrita que le enviamos para comunicarle nuestra respuesta sobre la decisión de cobertura. Si no cumple con este plazo y tiene una buena razón para no hacerlo, explique el motivo de la demora al presentar su apelación. Podríamos darle más tiempo para presentarla. Ejemplos de buena causa pueden ser una enfermedad grave que le impidió comunicarse con nosotros o si le proporcionamos información incorrecta o incompleta sobre la fecha límite para presentar una apelación.
- **Puede solicitar una copia de la información de su apelación y agregar más información.** Usted y su médico pueden agregar más información para respaldar su apelación.

Paso 3: Consideramos su apelación y le damos nuestra respuesta.

- Al revisar su apelación, revisamos cuidadosamente toda la información sobre su solicitud de cobertura. Verificamos si cumplimos con todas las normas al rechazar 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

- Para apelaciones rápidas, debemos darle una respuesta **dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de su apelación**. Le daremos una respuesta antes si su salud así lo requiere.
 - Si no le damos una respuesta en un plazo de 72 horas, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será revisada por una organización de revisión independiente. La Sección 7.6 explica el proceso de apelación de Nivel 2.
- **Si nuestra respuesta es sí a parte o a todo lo que usted solicitó**, debemos brindarle la cobertura que acordamos dentro de las 72 horas posteriores a nuestra recepción. su apelación.
- **Si nuestra respuesta es no a parte o a la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración escrita que explica por qué dijimos que no y cómo puede apelar nuestra decisión.

Fechas límite para una apelación estándar por un medicamento que aún no recibió

- Para las apelaciones estándar, debemos darle nuestra respuesta **dentro de los 7 días calendario** posteriores a la recepción de su apelación. Le comunicaremos nuestra decisión antes si aún no ha recibido el medicamento y su estado de salud así lo requiere.

Capítulo 9 Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- Si no le damos una respuesta en un plazo de 7 días naturales, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será revisada por una organización de revisión independiente. La Sección 7.6 explica el proceso de apelación de Nivel 2.
- **Si nuestra respuesta es sí a parte o a todo lo que usted solicitó**, debemos brindarle la cobertura tan pronto como su salud lo requiera, pero no más tarde de **7 días calendario** después de que recibamos su apelación.
- **Si nuestra respuesta es no a parte o a la totalidad de lo que solicitó** le enviaremos una declaración escrita que explica por qué dijimos que no y cómo puede apelar nuestra decisión.

Fechas límite para una apelación estándar sobre el pago de un medicamento que ya compró

- Debemos darle nuestra respuesta **dentro de los 14 días naturales** siguientes a que recibamos su solicitud.
 - Si no cumplimos con este plazo, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será revisada por una organización de revisión independiente.
- **Si nuestra respuesta es sí a parte o a la totalidad de lo que usted solicitó**, también estamos obligados a realizarle el pago dentro de los 30 días calendario siguientes a que recibamos su solicitud.
- **Si nuestra respuesta es negativa a parte o a la totalidad de su solicitud** le enviaremos una declaración por escrito explicando el motivo. También le informaremos cómo puede apelar.

Paso 4 Si respondemos que no a su apelación, usted decide si desea continuar con el proceso de apelaciones y presentar otra apelación.

- Si decide presentar otra apelación, significa que su apelación pasará al Nivel 2 del proceso de apelaciones.

Sección 7.6 Cómo presentar una apelación de Nivel 2

Término legal

El nombre formal de la organización de revisión independiente es **Entidad de Revisión Independiente**. A veces se le denomina **IRE**.

La **organización de revisión independiente es una organización independiente contratada por Medicare**. No tiene relación con nosotros ni es una agencia gubernamental.

Capítulo 9 Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Esta organización decide si la decisión que tomamos es correcta o si debe modificarse. Medicare supervisa su trabajo.

Paso 1: Usted (o su representante o su médico u otro profesional que receta) debe comunicarse con la organización de revisión independiente y solicitar una revisión de su caso.

- Si rechazamos su apelación de Nivel 1, la notificación escrita que le enviaremos incluirá **instrucciones sobre cómo presentar una apelación de Nivel 2** ante la organización de revisión independiente. Estas instrucciones le indicarán quién puede presentar esta apelación de Nivel 2, qué plazos debe cumplir y cómo comunicarse con la organización de revisión independiente.
- **Debe presentar su solicitud de apelación dentro de los 65 días calendario** a partir de la fecha de la notificación escrita.
- Si no completamos nuestra revisión dentro del plazo correspondiente, o tomamos una decisión desfavorable con respecto a la determinación **de riesgo** bajo nuestro programa de gestión de medicamentos, enviaremos automáticamente su solicitud a la IRE.
- Enviaremos la información sobre su apelación a esta organización. Esta información se denomina **expediente. Tiene derecho a solicitarnos una copia de su expediente.**
- Tiene derecho a proporcionar a la organización de revisión independiente información adicional para respaldar su apelación.

Paso 2: La organización de revisión independiente revisa su apelación.

- Los revisores de la organización de revisión independiente examinarán cuidadosamente toda la información relacionada con su apelación.

Plazos para la apelación rápida

- Si su salud lo requiere, solicite a la organización de revisión independiente una apelación rápida.
- Si la organización de revisión independiente acepta brindarle una apelación rápida, debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **dentro de las 72 horas** posteriores a que reciba su solicitud de apelación.

Plazos para la apelación estándar

- Para las apelaciones estándar, la organización de revisión independiente debe responder a su apelación de Nivel 2 **dentro de los 7 días calendario** posteriores a la recepción de su apelación si se trata de un medicamento que aún no ha adquirido. Si nos solicita el reembolso de un medicamento que ya compró, la organización de

Capítulo 9 Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

revisión independiente debe responder a su apelación de Nivel 2 **dentro de los 14 días calendario** posteriores a la recepción de su solicitud

Paso 3: La organización de revisión independiente le da su respuesta.

Para apelaciones rápidas:

- Si la organización de revisión independiente acepta parte o la totalidad de lo que usted solicitó, debemos **brindarle la cobertura del medicamento** que fue aprobada por la organización de revisión independiente **dentro de las 24 horas** posteriores a que recibamos la decisión de la organización de revisión independiente.

Para apelaciones estándar:

- Si la organización de revisión independiente acepta parte o la totalidad de su solicitud de cobertura, debemos **brindarle la cobertura del medicamento** que fue aprobada por la organización de revisión independiente **dentro de las 72 horas** posteriores a que recibamos la decisión de la organización de revisión independiente.
- Si la organización de revisión independiente acepta parte o la totalidad de su solicitud de reembolso por un medicamento que ya compró, estamos obligados a **enviarle el pago dentro de los 30 días calendario** posteriores a que recibamos la decisión de la organización de revisión independiente.

¿Qué pasa si la organización de revisión independiente dice que no a su apelación?

Si la organización independiente rechaza total o parcialmente su apelación, significa que está de acuerdo con nuestra decisión de no aprobar su solicitud (o parte de ella). (Esto se denomina **confirmar la decisión** o **rechazar su apelación**). En este caso, la organización de revisión independiente le enviará una carta que:

- Explica la decisión.
- Informa sobre su derecho a una apelación de Nivel 3 si el valor en dólares de la cobertura de medicamentos que solicita cumple con un mínimo determinado. Si el valor en dólares de la cobertura de medicamentos que solicita es demasiado bajo, no podrá presentar otra apelación y la decisión de Nivel 2 será definitiva.
- Le indica el valor en dólares que debe estar en disputa para continuar con el proceso de apelaciones.

Paso 4: Si su caso cumple con los requisitos, usted elige si desea continuar con su apelación.

- Hay 3 niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (para un total de 5 niveles de apelación).

Capítulo 9 Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- Si desea continuar con una apelación de Nivel 3, los detalles sobre cómo hacerlo se encuentran en la notificación escrita que recibirá después de la decisión de su apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 la tramita un Juez Administrativo o un abogado adjudicador. La Sección 10 habla más sobre el proceso para apelaciones de Nivel 3, 4 y 5.

SECCIÓN 8 **Cómo solicitarnos que cubramos una estadía hospitalaria más prolongada si cree que le están dando el alta demasiado pronto**

Cuando lo ingresan en un hospital, tiene derecho a obtener todos los servicios hospitalarios cubiertos necesarios para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión.

Durante su hospitalización cubierta, su médico y el personal del hospital trabajarán con usted para prepararlo para el día de su alta. Le ayudarán a coordinar la atención que pueda necesitar después de su alta.

- El día en que usted sale del hospital se llama **fecha de alta**.
- Cuando se decida su fecha de alta, su médico o el personal del hospital se lo comunicarán.
- Si cree que le están pidiendo que abandone el hospital demasiado pronto, puede solicitar una estadía más prolongada en el hospital y su solicitud será considerada.

Sección 8.1 Durante su estadía en el hospital, recibirá un aviso por escrito de Medicare que le informará sobre sus derechos.

Dentro de los 2 días calendario siguientes a su ingreso al hospital, recibirá un aviso por escrito llamado "*Mensaje importante de Medicare sobre sus derechos*". Todas las personas con Medicare reciben una copia de este aviso. Si no recibe el aviso de alguien en el hospital (por ejemplo, un asistente social o una enfermera), solicítelo a cualquier empleado del hospital. Si necesita ayuda, llame a Servicios para Miembros al 1-844-812-6896 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).

1. Lea este aviso atentamente y pregunte si no lo entiende. Le informa:

- Su derecho a recibir servicios cubiertos por Medicare durante y después de su hospitalización, según lo indique su médico. Esto incluye el derecho a saber cuáles son estos servicios, quién los pagará y dónde puede obtenerlos.
- Su derecho a participar en cualquier decisión sobre su estadía en el hospital.

Capítulo 9 Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- Dónde reportar cualquier inquietud que tenga sobre la calidad de su atención hospitalaria.
- Su derecho a **solicitar una revisión inmediata** de la decisión de darlo de alta si considera que le están dando de alta del hospital demasiado pronto. Esta es una manera formal y legal de solicitar un aplazamiento de su fecha de alta para que podamos cubrir su atención hospitalaria durante más tiempo.

2. Se le pedirá que firme la notificación escrita para demostrar que la recibió y comprende sus derechos.

- Se le pedirá a usted o a alguien que actúe en su nombre que firme el aviso.
- Firmar el aviso *solo demuestra* que recibió la información sobre sus derechos. El aviso no indica su fecha de alta. Firmar el aviso **no significa** que está de acuerdo con una fecha de alta.

3. Conserve su copia del aviso para tener la información sobre cómo presentar una apelación (o informar una inquietud sobre la calidad de la atención) si la necesita.

- Si firma el aviso más de 2 días calendario antes de su fecha de alta, recibirá otra copia antes de la fecha programada para su alta.
- Para consultar una copia de este aviso con antelación, llame a Servicios para Miembros al 1-844-812-6896 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. También puede obtener el aviso en línea en www.CMS.gov/medicare/forms-notices/beneficiary-notices-initiative/ffs-ma-im.

Sección 8.2 Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para cambiar su fecha de alta hospitalaria

Para solicitar que cubramos los servicios de hospitalización por un período más largo, utilice el proceso de apelaciones. Antes de comenzar, comprenda qué debe hacer y cuáles son los plazos.

- **Siga el proceso**
- **Cumpla con los plazos**
- **Solicite ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda, llame a Servicios para Miembros al 1-844-812-6896 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). O bien, llame a su Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (SHIP) para obtener ayuda personalizada. Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico de Rhode Island, 1-888-884-8721. La información de contacto del SHIP está disponible en el Capítulo 2, Sección 3.

Capítulo 9 Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Durante una apelación de Nivel 1, la Organización para la Mejora de la Calidad revisa su apelación. Verifica si la fecha de alta prevista es médicamente adecuada para usted. La **Organización de Mejora de la Calidad** Es un grupo de médicos y otros profesionales de la salud pagados por el gobierno federal para supervisar y ayudar a mejorar la calidad de la atención médica para las personas con Medicare. Esto incluye revisar las fechas de alta hospitalaria de las personas con Medicare. Estos expertos no forman parte de nuestro plan.

Paso 1: Comuníquese con la Organización para la Mejora de la Calidad de su estado y solicite una revisión inmediata de su alta hospitalaria. Debe actuar con rapidez.

¿Cómo puedo contactar con esta organización?

- El aviso escrito que recibió (*Mensaje importante de Medicare sobre sus derechos*) le indica cómo comunicarse con esta organización. También puede encontrar el nombre, la dirección y el número de teléfono de la Organización para la Mejora de la Calidad de su estado en el Capítulo 2.

Actúe rápidamente:

- Para presentar su apelación, debe comunicarse con la Organización de Mejora de la Calidad *antes de salir del hospital* y **a más tardar a la medianoche del día de su alta.**
 - **Si cumple con este plazo** puede permanecer en el hospital *después de su fecha de alta sin pagarla* mientras espera la decisión de la Organización para la Mejora de la Calidad.
 - **Si no cumple con este plazo, contáctenos.** Si decide permanecer en el hospital después de su fecha de alta, *es posible que deba pagar todos los costos de la atención hospitalaria que reciba después de dicha fecha.*
- Una vez que solicite una revisión inmediata de su alta hospitalaria, la Organización para la Mejora de la Calidad se pondrá en contacto con nosotros. Al mediodía del día siguiente a la fecha de contacto, le enviaremos un **Aviso detallado de alta.** Este aviso indica su fecha de alta prevista y explica detalladamente las razones por las que su médico, el hospital y nosotros consideramos que es adecuado (médicamente apropiado) que reciba el alta en esa fecha.
- Puede obtener una muestra del **Aviso detallado de alta** llamando a Servicios para miembros al 1-844-812-6896 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). (Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048). O puede obtener una muestra del aviso en línea en www.CMS.gov/medicare/forms-notices/beneficiary-notices-initiative/ffs-ma-im.

Capítulo 9 Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Paso 2: La Organización de Mejora de la Calidad realiza una revisión independiente de su caso.

- Los profesionales de la salud de la Organización para la Mejora de la Calidad (los revisores) le preguntarán a usted (o a su representante) por qué cree que la cobertura de los servicios debe continuar. No es necesario que prepare nada por escrito, pero puede hacerlo si lo desea.
- Los revisores también revisarán su información médica, hablarán con su médico y revisarán la información que nosotros y el hospital les proporcionamos.
- Al mediodía del día siguiente a la notificación de su apelación por parte de los revisores, recibirá una notificación por escrito con la fecha de alta prevista. Esta notificación también explica detalladamente las razones por las que su médico, el hospital y nosotros consideramos que es adecuado (médicamente apropiado) que reciba el alta en esa fecha.

Paso 3: Dentro de un día completo después de tener toda la información necesaria, la Organización de Mejora de la Calidad le dará su respuesta a su apelación.

¿Qué pasa si la respuesta es sí?

- Si la organización de revisión independiente dice que sí, **debemos seguir brindándole su cobertura de hospitalización. servicios hospitalarios durante el tiempo que estos servicios sean médicamente necesarios.**
- Tendrá que seguir pagando su parte de los costos (como deducibles o copagos, si corresponde). Además, podría haber limitaciones en los servicios hospitalarios cubiertos.

¿Qué pasa si la respuesta es no?

- Si la organización de revisión independiente dice que no, significa que su fecha de alta planificada es médicamente apropiada. Si esto sucede, **nuestra cobertura para sus servicios hospitalarios finalizará** al mediodía del día *siguiente a que* la Organización para la Mejora de la Calidad le dé su respuesta a su apelación.
- Si la organización de revisión independiente rechaza su apelación y usted decide permanecer en el hospital, **es posible que tenga que pagar el costo total** de la atención hospitalaria que reciba después del mediodía del día después de que la Organización para la Mejora de la Calidad le dé su respuesta a su apelación.

Capítulo 9 Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Paso 4: Si la respuesta a su apelación de Nivel 1 es no, usted decide si desea presentar otra apelación.

- Si la Organización para la Mejora de la Calidad *rechazó* su apelación y usted permanece hospitalizado después de su fecha de alta, puede presentar otra apelación. Presentar otra apelación significa que pasará al **Nivel 2** del proceso de apelaciones.

Sección 8.3 **Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para cambiar su fecha de alta hospitalaria**

Durante una apelación de Nivel 2, usted solicita a la Organización para la Mejora de la Calidad que revise su decisión sobre su primera apelación. Si la Organización para la Mejora de la Calidad rechaza su apelación de Nivel 2, es posible que tenga que pagar el costo total de su estadía después de su fecha de alta programada.

Paso 1: Comuníquese nuevamente con la Organización de Mejora de Calidad y solicite otra revisión.

- Debe solicitar esta revisión **dentro de los 60 días calendario** posteriores a la fecha en que la Organización para la Mejora de la Calidad rechazó 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.

Paso 2: La Organización de Mejora de la Calidad realiza una segunda revisión de su situación.

- Los revisores de la Organización de Mejora de la Calidad volverán a examinar con atención toda la información relacionada con su apelación.

Paso 3: Dentro de los 14 días calendario posteriores a la recepción de su solicitud de apelación de Nivel 2, los revisores decidirán sobre su apelación y le informarán su decisión.

Si la organización de revisión independiente dice que sí:

- **Debemos reembolsarle** la parte que nos corresponde de los costos de la atención hospitalaria que recibió desde el mediodía del día siguiente a la fecha en que la Organización para la Mejora de la Calidad rechazó su primera apelación. **Debemos seguir brindándole cobertura. para su paciente hospitalizado atención hospitalaria durante el tiempo que sea médicamente necesario.**
- Debe continuar pagando su parte de los costos y pueden aplicarse limitaciones de cobertura.

Capítulo 9 Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Si la organización de revisión independiente dice que no:

- Significa que están de acuerdo con la decisión que tomaron en su apelación de Nivel 1.
- El aviso que recibirá le informará por escrito lo que puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión.

Paso 4: Si la respuesta es no, deberá decidir si desea continuar con su apelación pasando al Nivel 3.

- Hay 3 niveles adicionales en el proceso de apelación después del Nivel 2 (para un total de 5 niveles de apelación). Si desea presentar una apelación de Nivel 3, los detalles sobre cómo hacerlo se encuentran en la notificación escrita que recibirá tras la decisión de su apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 la gestiona un Juez Administrativo o un abogado adjudicador. La **Sección 10** explica con más detalle los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelación.

SECCIÓN 9 Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos si cree que su cobertura terminará demasiado pronto

Cuando recibe **servicios de salud a domicilio cubiertos, atención de enfermería especializada o atención de rehabilitación (centro integral de rehabilitación ambulatoria)** tiene derecho a seguir recibiendo sus servicios para ese tipo de atención durante el tiempo que la atención sea necesaria para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión.

Cuando decidamos que es hora de dejar de cubrir cualquiera de los tres tipos de atención, debemos informarle con antelación. Cuando finalice su cobertura para esa atención, *dejaremos de pagar nuestra parte del costo.*

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.

Sección 9.1 Le informaremos con anticipación cuándo finalizará su cobertura

Término legal:

Aviso de No Cobertura de Medicare. Le informa cómo solicitar una **apelación acelerada**. Solicitar una apelación acelerada es una forma formal y legal de solicitar un cambio en nuestra decisión de cobertura sobre cuándo suspender su atención.

Capítulo 9 Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

1. **Recibirá un aviso por escrito** al menos dos días calendario antes de que nuestro plan deje de cubrir su atención. El aviso le indicará:
 - La fecha en la que dejaremos de cubrir su atención.
 - Cómo solicitar una apelación acelerada para pedirnos que sigamos cubriendo su atención médica durante un período de tiempo más largo.
2. **Se le pedirá a usted, o a alguien que actúe en su nombre, que firme el aviso por escrito para demostrar que lo recibió.** Firmar el aviso *solo demuestra* que recibió la información sobre la finalización de su cobertura. **Firmarlo no significa que esté de acuerdo** con la decisión de nuestro plan de suspender la atención.

Sección 9.2 Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para que nuestro plan cubra su atención por un tiempo más prolongado

Si desea solicitarnos que cubramos su atención médica por un período más largo, deberá utilizar el proceso de apelaciones para presentar esta solicitud. Antes de comenzar, comprenda qué debe hacer y cuáles son los plazos.

- **Siga el proceso**
- **Cumpla con los plazos**
- **Solicite ayuda si la necesita** Si tiene preguntas o necesita ayuda, llame a Servicios para Miembros al 1-844-812-6896 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). O llame a su Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (SHIP) para obtener ayuda personalizada. Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico de Rhode Island, 1-888-884-8721. La información de contacto del SHIP está disponible en el Capítulo 2, Sección 3.

Durante una apelación de Nivel 1, la Organización para la Mejora de la Calidad revisa su apelación. Decide si la fecha de finalización de su atención es médicamente apropiada. La **Organización para la Mejora de la Calidad** es un grupo de médicos y otros expertos en atención médica pagados por el gobierno federal para supervisar y ayudar a mejorar la calidad de la atención para las personas con Medicare. Esto incluye revisar las decisiones del plan sobre cuándo es el momento de dejar de cubrir ciertos tipos de atención médica. Estos expertos no forman parte de nuestro plan.

Capítulo 9 Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Paso 1: Presente su apelación de Nivel 1 - Comuníquese con la Organización para la Mejora de la Calidad y solicite una *apelación acelerada*. Debe actuar con rapidez.

¿Cómo puedo contactar con esta organización?

- El aviso escrito que recibió (*Aviso de No Cobertura de Medicare*) le indica cómo comunicarse con esta organización. También puede encontrar el nombre, la dirección y el número de teléfono de la Organización para la Mejora de la Calidad de su estado en el Capítulo 2.

Actúa rápidamente:

- Debe comunicarse con la Organización para la Mejora de la Calidad para iniciar su apelación **antes del mediodía del día anterior a la fecha de vigencia** del Aviso de No Cobertura de Medicare.
- Si no cumple con el plazo y desea presentar una apelación, aún tiene derecho a hacerlo. Comuníquese con su Organización de Mejora de la Calidad.

Paso 2: La Organización de Mejora de la Calidad realiza una revisión independiente de su caso.

Término legal:

Explicación detallada de la no cobertura. Aviso que detalla los motivos de la finalización de la cobertura.

¿Qué sucede durante esta revisión?

- Los profesionales de la salud de la Organización para la Mejora de la Calidad (los revisores) le preguntarán a usted o a su representante por qué cree que la cobertura de los servicios debe continuar. No es necesario que prepare nada por escrito, pero puede hacerlo si lo desea.
- La organización de revisión independiente también analizará su información médica, hablará con su médico y revisará la información que les proporcione nuestro plan.
- Al final del día en que los revisores nos informen sobre su apelación, recibirá de nosotros la *Explicación detallada de no cobertura* que explica en detalle nuestras razones para finalizar nuestra cobertura para sus servicios.

Capítulo 9 Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Paso 3: Dentro de un día completo después de que tengan toda la información que necesitan, los revisores le informarán su decisión.

¿Qué pasa si los revisores dicen que sí?

- Si los revisores responden afirmativamente a su apelación, entonces **debemos seguir brindándole el servicio cubierto durante el tiempo que sea médicamente necesario.**
- Tendrá que seguir pagando su parte de los costos (como deducibles o copagos, si corresponde). Puede haber limitaciones en los servicios cubiertos.

¿Qué pasa si los revisores dicen que no?

- Si los revisores dicen que no, entonces **su cobertura finalizará en la fecha que le dijimos.**
- Si decide seguir recibiendo atención médica domiciliaria, o atención en un centro de enfermería especializada, o servicios del Centro de rehabilitación ambulatoria integral (CORF) **después de** esta fecha cuando finaliza su cobertura, **tendrá que pagar el costo total** de esta atención usted mismo.

Paso 4: Si la respuesta a su apelación de Nivel 1 es no, usted decide si desea presentar otra apelación.

- Si los revisores responden que no a su apelación de Nivel 1 y usted elige continuar recibiendo atención médica después de que su cobertura haya finalizado, entonces puede presentar una apelación de Nivel 2.

Sección 9.3 Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para que nuestro plan cubra su atención por un tiempo más prolongado

Durante una apelación de Nivel 2, usted solicita a la Organización para la Mejora de la Calidad que revise la decisión de su primera apelación. Si la Organización para la Mejora de la Calidad rechaza su apelación de Nivel 2, podría tener que pagar el costo total de su atención médica domiciliaria, atención en un centro de enfermería especializada o servicios en un Centro de Rehabilitación Ambulatoria Integral (CORF). *después de* la fecha en la que dijimos que su cobertura terminaría.

Paso 1: Comuníquese nuevamente con la Organización de Mejora de Calidad y solicite otra revisión.

- Debe solicitar esta revisión **dentro de los 60 días calendario** posteriores a la fecha en que la Organización para la Mejora de la Calidad *rechazó* su apelación de Nivel 1.

Capítulo 9 Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Puede solicitar esta revisión solo si continuó recibiendo atención médica después de la fecha en que finalizó su cobertura de atención.

Paso 2: La Organización de Mejora de la Calidad realiza una segunda revisión de su situación.

- Los revisores de la Organización de Mejora de la Calidad volverán a examinar con atención toda la información relacionada con su apelación.

Paso 3: Dentro de los 14 días calendario posteriores a la recepción de su solicitud de apelación, los revisores decidirán sobre su apelación y le informarán su decisión.***¿Qué pasa si la organización de revisión independiente dice que sí?***

- **Debemos reembolsarle** la parte que nos corresponde de los costos de la atención que recibió desde la fecha en que le informamos que su cobertura finalizaría. **Debemos seguir brindándole cobertura.** para el cuidado durante el tiempo que sea médicamente necesario.
- Debe continuar pagando su parte de los costos y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura.

¿Qué pasa si la organización de revisión independiente dice que no?

- Significa que están de acuerdo con la decisión tomada en su apelación de Nivel 1.
- La notificación que reciba le informará por escrito qué puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Le brindará detalles sobre cómo pasar al siguiente nivel de apelación, que es gestionado por un Juez Administrativo o un abogado adjudicador.

Paso 4: Si la respuesta es no, deberá decidir si desea continuar con su apelación.

- Hay 3 niveles de apelación adicionales después del Nivel 2, lo que suma un total de 5. Si desea presentar una apelación de Nivel 3, encontrará los detalles sobre cómo hacerlo en la notificación escrita que recibirá tras la decisión de su apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 la tramita un Juez Administrativo o un abogado adjudicador. La Sección 10 de este capítulo explica con más detalle el proceso de las apelaciones de Nivel 3, 4 y 5.

Capítulo 9 Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

SECCIÓN 10 Cómo llevar su apelación a los niveles 3, 4 y 5

Sección 10.1 Niveles de apelación 3, 4 y 5 para solicitudes de servicios médicos

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 en dólares del artículo o servicio médico que apeló cumple con ciertos niveles mínimos, podrá presentar apelaciones adicionales. Si el valor en dólares es inferior al nivel mínimo no podrá presentar más apelaciones. La respuesta escrita que reciba a su apelación de Nivel 2 le explicará cómo presentar una apelación de Nivel 3.

En la mayoría de las situaciones que implican apelaciones, los últimos tres niveles de apelación funcionan de forma muy similar a los dos primeros. A continuación, se detalla quién gestiona la revisión de su apelación en cada uno de estos niveles.

Apelación de nivel 3

Un **juez de derecho administrativo** o un abogado adjudicador que trabaja para el gobierno federal revisará su apelación y le dará una respuesta.

- **Si el Juez Administrativo o el abogado adjudicador aprueba su apelación, el proceso de apelación *podría o no concluir*.** A diferencia de una decisión de Nivel 2, tenemos derecho a apelar una decisión de Nivel 3 que le sea favorable. Si decidimos apelar, se procederá a una apelación de Nivel 4.
 - Si decidimos *no* apelar, debemos autorizar o brindarle atención médica dentro de los 60 días calendario posteriores a la recepción de la decisión del juez de derecho administrativo o del abogado adjudicador.
 - Si decidimos apelar la decisión, le enviaremos una copia de la solicitud de apelación de Nivel 4 con los documentos adjuntos. Podríamos esperar la decisión de la apelación de Nivel 4 antes de autorizar o brindar la atención médica en disputa.
- **Si el juez administrativo o el abogado adjudicador dice que no a su apelación, el proceso de apelaciones *podría o no concluir*.**
 - Si decide aceptar la decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones termina.

Capítulo 9 Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- Si no desea aceptar la decisión, 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) revisará su apelación y le dará una respuesta. El Consejo forma parte del gobierno federal.

- **Si la respuesta es afirmativa, o si el Consejo deniega nuestra solicitud de revisión de una decisión favorable de apelación de Nivel 3, el proceso de apelación *podría o no concluir*.** A diferencia de una decisión de Nivel 2, tenemos derecho a apelar una decisión de Nivel 4 que le sea favorable. Decidiremos si apelamos esta decisión al Nivel 5.
 - Si decidimos *no* apelar la decisión, debemos autorizar o brindarle la atención médica dentro de los 60 días calendario posteriores a recibir la decisión del Consejo.
 - Si decidimos apelar la decisión, se lo informaremos por escrito.
- **Si la respuesta es no o si el Consejo niega la solicitud de revisión, el proceso de apelaciones *podría o no concluir*.**
 - Si decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones termina.
 - Si no desea aceptar la decisión, es posible que pueda pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo rechaza su apelación, la notificación que reciba le indicará si las normas le permiten presentar una apelación de Nivel 5 y cómo continuar con ella.

Apelación de nivel 5

Un juez del **Tribunal de Distrito Federal** revisará su apelación.

- Un juez revisará toda la información y decidirá si su solicitud es *válida* o *no*. Esta es una decisión definitiva. No hay más instancias de apelación después del Tribunal Federal de Distrito.

Capítulo 9 Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Sección 10.2 Niveles de apelación 3, 4 y 5 para solicitudes de medicamentos de la Parte D

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 un monto determinado, podría acceder a niveles adicionales de apelación. Si el monto es inferior no podrá apelar más. La respuesta por escrito que reciba a su apelación de Nivel 2 le explicará a quién contactar y qué hacer para solicitar una apelación de Nivel 3.

En la mayoría de las situaciones que implican apelaciones, los últimos tres niveles de apelación funcionan de forma muy similar a los dos primeros. A continuación, se detalla quién gestiona la revisión de su apelación en cada uno de estos niveles.

Apelación de nivel 3

Un juez de derecho administrativo o un abogado adjudicador que trabaja para el gobierno federal revisará su apelación y le dará una respuesta.

- **Si la respuesta es afirmativa, el proceso de apelación finaliza.** Debemos **autorizar o proporcionar la cobertura de medicamentos** aprobada por el Juez Administrativo o el abogado adjudicador **dentro de las 72 horas (24 horas para apelaciones aceleradas) o realizar el pago a más tardar 30 días calendario** después de recibir la decisión.
- **Si el juez administrativo o el abogado adjudicador dice que no a su apelación, el proceso de apelaciones *podría o no* concluir.**
 - Si decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones termina.
 - Si no desea aceptar la decisión, 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) revisará su apelación y le dará una respuesta. El Consejo forma parte del gobierno federal.

Capítulo 9 Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- **Si la respuesta es afirmativa, el proceso de apelación finaliza.** Debemos **autorizar o proporcionar la cobertura de medicamentos** aprobada por el Consejo **dentro de las 72 horas (24 horas para apelaciones aceleradas) o realizar el pago a más tardar 30 días calendario** después de recibir la decisión.
- **Si la respuesta es no o si el Consejo niega la solicitud de revisión, el proceso de apelaciones *podría o no* concluir.**
 - Si decide aceptar la decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones termina.
 - Si no desea aceptar la decisión, es posible que pueda pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo rechaza su apelación, la notificación que reciba le indicará si las normas le permiten presentar una apelación de Nivel 5 y cómo proceder con ella.

Apelación de nivel 5

Un juez del **Tribunal de Distrito Federal** revisará su apelación.

- Un juez revisará toda la información y decidirá si su solicitud es *válida* o *no*. Esta es una decisión definitiva. No hay más instancias de apelación después del Tribunal Federal de Distrito.

Presentar quejas

SECCIÓN 11 Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes

Sección 11.1 ¿Qué tipos de problemas se manejan mediante el proceso de quejas?

El proceso de quejas *solo* se utiliza para ciertos tipos de problemas. Esto incluye problemas relacionados con la calidad de la atención, los tiempos de espera y el servicio al cliente. A continuación, se presentan ejemplos de los tipos de problemas que gestiona 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 que recibió (incluida la atención en el hospital)?

Capítulo 9 Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Queja	Ejemplo
Respeto de su privacidad	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Alguien no respetó su derecho a la privacidad o compartió información confidencial?
Falta de respeto, mal servicio al cliente u otros comportamientos negativos	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Alguien ha sido grosero o irrespetuoso con usted? • ¿No está satisfecho con nuestros servicios para miembros? • ¿Siente que lo están invitando a abandonar nuestro plan?
Tiempos de espera	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Tiene problemas para conseguir una cita o espera demasiado tiempo para conseguirla? • ¿Le han hecho esperar demasiado los médicos, farmacéuticos u otros profesionales de la salud? ¿O nuestro Servicio de Atención al Cliente u otro personal de nuestro plan? <ul style="list-style-type: none"> ○ Los ejemplos incluyen esperar demasiado tiempo en el teléfono, en la sala de espera o de exámenes, o para obtener una receta.
Limpieza	<ul style="list-style-type: none"> • ¿No está satisfecho con la limpieza o el estado de una clínica, hospital o consultorio médico?
Información que usted recibe de nosotros	<ul style="list-style-type: none"> • ¿No le dimos el aviso requerido? • ¿Es difícil entender nuestra información escrita?
Puntualidad (Este tipo de quejas se refieren a la <i>puntualidad</i> de nuestras acciones relacionadas con decisiones de cobertura y apelaciones)	<p>Si solicitó una decisión de cobertura o presentó una apelación y cree que no estamos respondiendo con la suficiente rapidez, puede presentar una queja sobre nuestra lentitud. Aquí tiene algunos ejemplos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nos solicitó una <i>decisión de cobertura rápida</i> o una <i>apelación rápida</i> y le dijimos que no; puede presentar una queja. • Si cree que no estamos cumpliendo con los plazos para las decisiones de cobertura o apelaciones, puede presentar una queja. • Si cree que no estamos cumpliendo con los plazos para cubrirle o reembolsarle determinados artículos o servicios médicos o medicamentos que fueron aprobados, puede presentar una queja.

Capítulo 9 Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Queja	Ejemplo
	<ul style="list-style-type: none"> Si cree que no cumplimos con los plazos requeridos para enviar su caso a la organización de revisión independiente, puede presentar una queja.

Sección 11.2 Cómo presentar una queja

Términos legales:

A la **queja** también se le llama **reclamación**.

Presentar una queja se llama **presentar una reclamación**.

El uso del proceso para presentar quejas se denomina **uso del proceso para presentar una reclamación**.

Una **queja rápida** se llama queja **acelerada**.

Paso 1: Contáctenos lo antes posible, ya sea por teléfono o por escrito.

- **Llamar a Servicios para Miembros al 1-844-812-6896** (los usuarios de TTY deben llamar al 711) **suele ser el primer paso**. Si necesita hacer algo más, Servicios para Miembros se lo informará.
- **Si no desea llamar (o si llamó y no quedó satisfecho), puede presentar su queja por escrito y enviárnosla**. Si la presenta por escrito, le responderemos por escrito.
- **Puede presentar una queja en cualquier momento, a menos que se trate de un medicamento de la Parte D**. Si la queja es sobre un medicamento de la Parte D, debe presentarla dentro de los 60 días calendario posteriores a que haya tenido el problema sobre el que desea presentar la queja.
- **Ya sea que llame o escriba, debe llamar a Servicios para Miembros al 1-844-812-6896** (los usuarios de TTY deben llamar al 711) **de inmediato**. Puede presentar la queja en cualquier momento después de haber tenido el problema del que desea quejarse.
- El **plazo** para presentar una reclamación es de 60 días naturales desde el momento en que se produjo el problema sobre el que se desea reclamar.

Capítulo 9 Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Paso 2: Analizamos su queja y le damos nuestra respuesta.

- **Si es posible, le responderemos de inmediato.** Si nos llama con una queja, es posible que podamos darle una respuesta en la misma llamada.
- **La mayoría de las quejas se responden en un plazo de 30 días naturales.** Si necesitamos más información y la demora le conviene, o si solicita más tiempo, podemos tardar hasta 14 días naturales adicionales (44 días naturales en total) en responder a su queja. Si decidimos tomarnos más días, se lo notificaremos por escrito.
- **Si presenta una queja porque rechazamos su solicitud de decisión rápida de cobertura o apelación rápida, le daremos automáticamente una queja rápida.** Esto significa que le daremos **una respuesta en 24 horas**
- **Si no estamos de acuerdo** con parte o la totalidad de su queja o no asumimos la responsabilidad del problema sobre el cual se queja, incluiremos nuestras razones en nuestra respuesta.

Sección 11.3 También puede presentar quejas sobre la calidad de la atención a la Organización de Mejora de la Calidad

Cuando su queja sea sobre *la calidad de la atención* también tiene 2 opciones adicionales:

- **Puede presentar su queja directamente a la Organización para la Mejora de la Calidad.** Esta organización 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. El Capítulo 2 contiene la información de contacto.

O

- **Puede presentar su queja tanto a la Organización de Mejora de la Calidad como a nosotros al mismo tiempo**

Sección 11.4 También puede informar a Medicare sobre su queja

Puede presentar una queja sobre Neighborhood Dual CONNECT Directamente a Medicare. Para presentar una queja a Medicare, visite www.Medicare.gov/my/medicare-complaint. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-877-486-2048.

Capítulo 9 Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Problemas con sus beneficios de Medicaid

SECCIÓN 12 Cómo manejar problemas relacionados con sus beneficios de Medicaid

Puede presentar una queja ante el Departamento de Salud de Rhode Island llamando 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).

CAPÍTULO 10:

Finalización de la membresía en nuestro plan

SECCIÓN 1 Finalización de su membresía en nuestro plan

La finalización de su membresía en Neighborhood Dual CONNECT puede ser **voluntaria** (su propia elección) o **involuntaria** (no su propia elección):

- Podría abandonar nuestro plan porque decide que *quiere* darse de baja. Las secciones 2 y 3 ofrecen información sobre cómo dar de baja su membresía voluntariamente.
- También existen situaciones limitadas en las que estamos obligados a cancelar su membresía. La Sección 5 le informa sobre las situaciones en las que debemos cancelar su membresía.

Si abandona nuestro plan, nuestro plan debe continuar brindándole atención médica y medicamentos recetados, y usted continuará pagando su costo compartido hasta que finalice su membresía.

SECCIÓN 2 ¿Cuándo puede finalizar su membresía en nuestro plan?

Sección 2.1 Es posible que pueda cancelar su membresía porque tiene Medicare y Medicaid

La mayoría de las personas con Medicare solo pueden cancelar su membresía en ciertas épocas del año. Dado que tiene Medicaid, puede cancelar su membresía en nuestro plan eligiendo una de las siguientes opciones de Medicare en cualquier mes del año:

- Medicare original *con* un plan de medicamentos recetados de Medicare separado,
- Medicare original *sin* un plan de medicamentos recetados de Medicare separado (si elige esta opción y recibe Ayuda adicional, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que haya optado por no participar en la inscripción automática), o

Capítulo 10 Finalización de su membresía en nuestro plan

- Si es elegible, un D-SNP integrado que le proporciona sus beneficios y servicios de Medicare y la mayoría o todos sus beneficios y servicios de Medicaid en un solo plan.

Nota: Si cancela su inscripción a la cobertura de medicamentos de Medicare y ya no recibe Ayuda adicional, y no tiene cobertura de medicamentos válida durante un período continuo de 63 días o más, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía a la Parte D si se une a un plan de medicamentos de Medicare más adelante.

- Llame a su oficina estatal de Medicaid al 1-855-697-4347 (TTY 711) para obtener información sobre sus opciones de plan de Medicaid.
- Hay otras opciones de planes de salud de Medicare disponibles durante el **Período de Inscripción Abierta**. La Sección 2.2 le brinda más información sobre el Período de Inscripción Abierta.
- **Su membresía generalmente termina el primer día del mes siguiente a la recepción de su solicitud de cambio de plan.** Su inscripción en su nuevo plan también comenzará ese mismo día.

Sección 2.2 Puede cancelar su membresía durante el Período de inscripción abierta

Puede cancelar su membresía durante el **Período de Inscripción Abierta** cada año. Durante este período, revise su cobertura médica y de medicamentos y decida sobre la cobertura para el año siguiente.

- El **período de inscripción abierta** es del **15 de octubre al 7 de diciembre**.
- **Puede optar por mantener su cobertura actual o modificarla para el próximo año.** Si decide cambiar a un nuevo plan, puede elegir cualquiera de los siguientes tipos de planes:
 - Otro plan de salud de Medicare, con o sin cobertura de medicamentos.
 - Medicare original *con* un plan de medicamentos de Medicare separado
 - Medicare original *sin* un plan de medicamentos de Medicare separado.
 - Si es elegible, un D-SNP integrado que le proporciona sus beneficios y servicios de Medicare y la mayoría o todos sus beneficios y servicios de Medicaid en un solo plan.

Recibe Ayuda adicional de Medicare para pagar sus medicamentos recetados: Si se cambia a Medicare Original y no se inscribe en un plan de medicamentos recetados de Medicare separado, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que haya optado por no participar en la inscripción automática.

Nota: Si cancela su inscripción a la cobertura de medicamentos de Medicare, ya no recibe Ayuda Adicional y no tiene cobertura de medicamentos válida durante 63 días consecutivos o más, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D si se une a un plan de medicamentos de Medicare más adelante.

- **Su membresía finalizará en nuestro plan** cuando la cobertura de su nuevo plan comience el 1 de enero.

Sección 2.3 Puede finalizar su membresía durante el Período de inscripción abierta de Medicare Advantage

Puede realizar *un* cambio en su cobertura de salud durante el período **Medicare Advantage Período de inscripción abierta** cada año.

- **El período de inscripción abierta de Medicare Advantage** es del 1 de enero al 31 de marzo y también para los nuevos beneficiarios de Medicare que estén inscritos en un plan MA, desde el mes en que tienen derecho a la Parte A y la Parte B hasta el último día del tercer mes de derecho a la misma.
- **Durante el período de inscripción abierta de Medicare Advantage**, usted puede:
 - Cambiar a otro plan Medicare Advantage con o sin cobertura de medicamentos.
 - Cancele su suscripción a nuestro plan y obtenga cobertura a través de Medicare Original. Si se cambia a Medicare Original durante este período, también puede inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare independiente al mismo tiempo.
- **Su membresía terminará** el primer día del mes siguiente a su inscripción en otro plan Medicare Advantage o a la recepción de su solicitud de cambio a Medicare Original. Si también decide inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare, su membresía comenzará el primer día del mes siguiente a la recepción de su solicitud de inscripción.

Sección 2.4 En determinadas situaciones, puede finalizar su membresía durante un Período de inscripción especial

En ciertas situaciones, podría ser elegible para cancelar su membresía en otros momentos del año. Esto se conoce como **Período de Inscripción Especial**.

Podría ser elegible para cancelar su membresía durante un Período de Inscripción Especial si se encuentra en alguna de las siguientes situaciones. Estos son solo ejemplos. Para obtener la lista completa puede comunicarse con nuestro plan, llamar a Medicare o visitar www.Medicare.gov.

- Por lo general, cuando se muda
- Si tiene Medicaid de Rhode Island
- Si es elegible para recibir Ayuda adicional para pagar su cobertura de medicamentos de Medicare
- Si no cumplimos nuestro contrato con usted
- Si recibe atención en una institución, como un hogar de ancianos o un hospital de atención a largo plazo (LTC)
- Si se está inscrito en el Programa de Atención Integral para Personas Mayores (PACE)
- **Nota:** Si está en un programa de control de medicamentos, es posible que solo sea elegible para ciertos períodos de inscripción especiales. El Capítulo 5, Sección 10 le brinda más información sobre los programas de gestión de medicamentos.
- **Nota:** La Sección 2.1 le brinda más información sobre el período de inscripción especial para personas con Medicaid.

Los plazos de inscripción varían según su situación en particular.

Para saber si cumple los requisitos para un Período de Inscripción Especial llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Si cumple los requisitos para cancelar su membresía debido a una situación especial, puede optar por cambiar tanto su cobertura médica como su cobertura de medicamentos de Medicare. Puede elegir:

- Otro plan de salud de Medicare con o sin cobertura de medicamentos.
- Medicare original *con* un plan de medicamentos de Medicare separado.
- Medicare original *sin* un plan de medicamentos de Medicare separado.
- Si es elegible, un D-SNP integrado que le proporciona sus beneficios y servicios de Medicare y la mayoría o todos sus beneficios y servicios de Medicaid en un solo plan.

Nota: Si cancela su inscripción a la cobertura de medicamentos de Medicare, ya no recibe Ayuda adicional y no tiene cobertura de medicamentos válida durante 63 días consecutivos o más, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D si se une a un plan de medicamentos de Medicare más adelante.

Si recibe Ayuda adicional de Medicare para pagar sus medicamentos de cobertura: 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 opte por no participar en la inscripción automática.

Su membresía generalmente finalizará el primer día del mes siguiente a su solicitud de cambio de plan.

Nota: Las Secciones 2.1 y 2.2 le brindan más información sobre el período de inscripción especial para personas con Medicaid y Ayuda adicional.

Sección 2.5 Obtenga más información sobre cuándo puede finalizar su membresía

Si tiene preguntas sobre cómo finalizar su membresía, puede:

- **Llamar a Servicios para Miembros al 1-844-812-6896 (los usuarios de TTY deben llamar al 711)**
- Encontrar la información en el Manual **Medicare & You 2026**
- Llamar **a Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048)

SECCIÓN 3 Cómo finalizar su membresía en nuestro plan

El siguiente cuadro explica cómo puede finalizar su membresía en nuestro plan.

Para cambiar de nuestro plan a:	Esto es lo que debe hacer:
Otro plan de salud de Medicare	<ul style="list-style-type: none">• Inscríbase en el nuevo plan de salud de Medicare.• Se le cancelará automáticamente su inscripción en Neighborhood Dual CONNECT cuando comienza la cobertura de su nuevo plan.
Medicare original <i>con</i> un plan de medicamentos de Medicare separado	<ul style="list-style-type: none">• Inscríbase en el nuevo plan de medicamentos de Medicare.• Se le cancelará automáticamente su inscripción en Neighborhood Dual CONNECT cuando comienza la cobertura de su nuevo plan de medicamentos.
Medicare original <i>sin</i> un plan de medicamentos de Medicare separado	<ul style="list-style-type: none">• Envíenos una solicitud por escrito para cancelar su inscripción. Llame a Servicios para Miembros al 1-844-812-6896 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) si necesita más información sobre cómo hacerlo.• También puede llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) y solicitar su baja. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.• Se le cancelará su inscripción a Neighborhood Dual CONNECT cuando comience su cobertura en Medicare Original.

Nota: Si cancela su inscripción a la cobertura de medicamentos de Medicare, ya no recibe Ayuda adicional y no tiene cobertura de medicamentos válida durante 63 días consecutivos o más, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D si se une a un plan de medicamentos de Medicare más adelante.

Para preguntas sobre su Medicaid de Rhode Island para obtener información sobre beneficios, llame al 1-855-697-4347 (TTY 711), de 8:30 a. m. a 4:00 p. m., de lunes a viernes. Pregunte cómo la afiliación a otro plan o el regreso a Medicare Original afectan la forma en que obtiene su cobertura de Medicaid de Rhode Island.

SECCIÓN 4 Hasta que finalice su membresía, debe seguir recibiendo sus artículos médicos, servicios y medicamentos a través de nuestro plan

Hasta que finalice su membresía y comience su nueva cobertura de Medicare, debe continuar recibiendo sus artículos médicos, servicios y medicamentos recetados a través de nuestro plan.

- **Continúe utilizando nuestros proveedores de red para obtener atención médica.**
- **Continúe utilizando nuestras farmacias de la red o pedido por correo para surtir sus recetas.**
- **Si está hospitalizado el día en que finaliza su membresía, su estadía en el hospital estará cubierta por nuestro plan hasta que le den el alta** (incluso si le dan el alta después de que comience su nueva cobertura médica).

SECCIÓN 5 Neighborhood Dual CONNECT debe finalizar su membresía del plan en determinadas situaciones

Neighborhood Dual CONNECT debe finalizar su membresía en nuestro plan si ocurre cualquiera de las siguientes situaciones:

- Si ya no tiene la Parte A y la Parte B de Medicare.
- Si ya no es elegible para Medicaid. Como se indica en el Capítulo 1, Sección 2.1, nuestro plan es para personas elegibles tanto para Medicare como para Medicaid. Si se encuentra dentro del período de 1 mes de elegibilidad continua considerada de nuestro plan, continuaremos brindándole todos los beneficios de Medicare cubiertos por el plan Medicare Advantage. El monto que paga por los servicios cubiertos por Medicare puede aumentar durante este período.
- Si se muda fuera de nuestra área de servicio.
- Si estará fuera de nuestra área de servicio por más de 6 meses.

Capítulo 10 Finalización de su membresía en nuestro plan

- Si se muda o realiza un viaje largo, llame a Servicios para Miembros al 1-844-812-6896 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para averiguar si el lugar al que se muda o al que viaja se encuentra en el área de nuestro plan.
- Si usted es encarcelado (va a prisión).
- Si ya no es ciudadano de los Estados Unidos o no se encuentra legalmente en los Estados Unidos.
- Si miente u oculta información sobre otros seguros, tiene derecho a que le proporcionen cobertura de medicamentos.
- Si nos proporciona información incorrecta intencionalmente al inscribirse en nuestro plan y dicha información afecta su elegibilidad, no podemos obligarlo a abandonar nuestro plan por este motivo a menos que obtengamos primero la autorización de Medicare.
- Si se comporta continuamente de forma disruptiva y nos dificulta brindarle atención médica a usted y a otros miembros de nuestro plan. (No podemos obligarlo a abandonar nuestro plan por este motivo a menos que obtengamos primero la autorización de Medicare).
- Si permite que otra persona use su tarjeta de membresía para recibir atención médica. (No podemos obligarlo a abandonar nuestro plan por este motivo a menos que obtengamos primero la autorización de Medicare).
 - Si finalizamos su membresía por este motivo, Medicare podrá solicitar que el Inspector General investigue su caso.

Si tiene preguntas o desea más información sobre cuándo podemos finalizar su membresía, llame a Servicios para Miembros al 1-844-812-6896 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

Sección 5.1 No podemos pedirle que abandone nuestro plan por ningún motivo relacionado con la salud

Neighborhood Dual CONNECT no tiene permitido pedirle que abandone nuestro plan por ningún motivo relacionado con la salud.

¿Qué debe hacer si esto sucede?

Si siente que le están pidiendo que abandone nuestro plan por un motivo relacionado con la salud, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Sección 5.2 Tiene derecho a presentar una queja si cancelamos su membresía en nuestro plan

Capítulo 10 Finalización de 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.

CAPÍTULO 11:

Avisos legales

SECCIÓN 1 Aviso sobre la ley aplicable

La principal ley aplicable a este documento *de Evidencia de Cobertura* es el Título XVIII de la Ley del Seguro Social y las regulaciones creadas bajo dicha ley por Centros de Servicios de Medicare y Medicaid [Centers for Medicare and Medicaid Services, CMS]. Además, podrían aplicarse otras leyes federales y, en ciertas circunstancias, las leyes del estado donde reside. Esto podría afectar sus derechos y responsabilidades, incluso si las leyes no se incluyen o explican en este documento.

SECCIÓN 2 Aviso sobre no discriminación

No discriminamos por motivos de raza, etnia, nacionalidad, color, religión, sexo, edad, discapacidad mental o física, estado de salud, historial de reclamaciones, historial médico, información genética, comprobante de asegurabilidad ni ubicación geográfica dentro del área de servicio. Todas las organizaciones que ofrecen planes Medicare Advantage, como el nuestro, deben cumplir con las leyes federales contra la discriminación, incluyendo el Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964, la Ley de Rehabilitación de 1973, la Ley contra la Discriminación por Edad de 1975, la Ley de Estadounidenses con Discapacidades, el Artículo 1557 de la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio, todas las demás leyes aplicables a las organizaciones que reciben fondos federales y cualquier otra ley o norma aplicable por cualquier otro motivo.

Si desea más información o tiene inquietudes sobre discriminación o trato injusto, llame a la **Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos** al 1-800-368-1019 (TTY 1-800-537-7697) o a su Oficina de Derechos Civiles local. También puede consultar la información de la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos en www.HHS.gov/ocr/index.html.

Si tiene una discapacidad y necesita ayuda para acceder a la atención médica, llame a Servicios para Miembros al 1-844-812-6896 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). Si tiene alguna queja, como un problema con el acceso para sillas de ruedas, Servicios para Miembros puede ayudarle.

SECCIÓN 3 Aviso sobre los derechos de subrogación del pagador secundario de Medicare

Tenemos el derecho y la responsabilidad de cobrar los servicios cubiertos por Medicare para los cuales Medicare no es el pagador principal. De acuerdo con las regulaciones de los CMS en las secciones 422.108 y 423.462 del Título 42 del Código de Regulaciones Federales (CFR), Neighborhood Dual CONNECT como Organización Medicare Advantage, ejercerá los mismos derechos de recuperación que el Secretario ejerce bajo las regulaciones de los CMS en las subpartes B a D de la Parte 411 del Título 42 del CFR, y las normas establecidas en esta sección prevalecen sobre cualquier ley estatal.

CAPÍTULO 12:

Definiciones

Centro Quirúrgico Ambulatorio: Un Centro Quirúrgico Ambulatorio es una entidad que funciona exclusivamente con el propósito de brindar servicios de cirugía ambulatoria a pacientes que no requieren hospitalización y cuya estadía prevista en el centro no exceda de 24 horas.

Apelación: Puede presentar una apelación si no está de acuerdo con nuestra decisión de denegar una solicitud de cobertura de servicios de atención médica o medicamentos recetados, o el pago de servicios o medicamentos que ya recibió. También puede presentar una apelación si no está de acuerdo con nuestra decisión de suspender los servicios que está recibiendo.

Producto biológico: Un medicamento recetado elaborado a partir de fuentes naturales y vivas, como células animales y vegetales, bacterias o levaduras. Los productos biológicos son más complejos que otros medicamentos y no se pueden copiar con exactitud, por lo que las presentaciones alternativas se denominan biosimilares. (Consulte “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 con receta fabricado y vendido por la compañía farmacéutica que lo investigó y desarrolló originalmente. Los medicamentos de marca tienen la misma fórmula de ingrediente activo que la versión genérica. Sin embargo, los medicamentos genéricos son fabricados y vendidos por otros fabricantes y generalmente no están disponibles hasta después del vencimiento de la patente del medicamento de marca.

Etapas de cobertura catastrófica: La etapa del beneficio de medicamentos de la Parte D que comienza cuando usted (u otras partes calificadas en su nombre) han gastado \$2,100 para los medicamentos cubiertos por la Parte D durante el año cubierto.

Centers for Medicare and Medicaid Services (Centros de Servicios de Medicare y Medicaid [CMS]): la agencia federal que administra Medicare.

Capítulo 12 Definiciones

Coseguro: Una cantidad que se le puede solicitar pagar, expresada como un porcentaje (por ejemplo, 20%) como su parte del costo de los servicios o medicamentos recetados después de pagar los deducibles.

Queja: El nombre formal para presentar una queja es **presentar una queja formal**. El proceso de quejas se utiliza *solo* para ciertos tipos de problemas. Esto incluye problemas con la calidad de la atención, los tiempos de espera y el servicio al cliente que recibe. También incluye quejas si nuestro plan no sigue los plazos en el proceso de apelación.

Centro integral de rehabilitación ambulatoria (CORF): Un centro que proporciona principalmente servicios de rehabilitación después de una enfermedad o lesión, incluyendo fisioterapia, servicios sociales o psicológicos, terapia respiratoria, terapia ocupacional y servicios de patología del habla y el lenguaje, y servicios de evaluación del entorno del hogar.

Copago: Un monto que podría tener que pagar como parte del costo de un servicio o suministro médico, como una consulta médica, una consulta ambulatoria en un hospital o un medicamento recetado. Un copago es una cantidad fija (por ejemplo, \$10), en lugar de un porcentaje.

Costo compartido: El costo compartido se refiere a los montos que un miembro debe pagar. cuando los servicios o medicamentos se obtienen. Compartir costos incluye cualquier combinación de los siguientes 3 tipos de pagos: (1) cualquier monto deducible que un plan pueda imponer antes de que se cubran los servicios o medicamentos; (2) cualquier monto de copago fijo que un plan requiere cuando se recibe un servicio o medicamento específico; o (3) cualquier monto de coseguro, un porcentaje del monto total pagado por un servicio o medicamento que un plan requiere cuando se recibe un servicio o medicamento específico.

Determinación de cobertura: Una decisión sobre si un medicamento que le recetaron está cubierto por nuestro plan y el monto, si corresponde, que debe pagar por la receta. En general, si lleva su receta a una farmacia y esta le informa que no está cubierta por nuestro plan, no se trata de una determinación de cobertura. Debe llamar o escribir a nuestro plan para solicitar una decisión formal sobre la cobertura. En este documento, las determinaciones de cobertura se denominan **decisiones de cobertura**.

Medicamentos cubiertos: Un término que utilizamos para referirnos a todos los medicamentos cubiertos por nuestro plan.

Servicios cubiertos: Un término que utilizamos para referirnos a todos los servicios y suministros de atención médica que están cubiertos por nuestro plan.

Cobertura de medicamentos recetados acreditable: Cobertura de medicamentos recetados (por ejemplo, de un empleador o sindicato) que, en promedio, paga al menos lo

Capítulo 12 Definiciones

mismo que la cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare. Quienes tienen este tipo de cobertura al ser elegibles para Medicare generalmente pueden mantenerla sin pagar una multa si deciden inscribirse posteriormente en la cobertura de medicamentos recetados de Medicare.

Cuidados de custodia: Los cuidados de custodia son cuidados personales que se brindan en una residencia de ancianos, un hospicio u otro centro cuando no se necesita atención médica especializada ni de enfermería especializada. Estos cuidados, proporcionados por personas sin habilidades ni formación profesional, incluyen ayuda con las actividades de la vida diaria, como bañarse, vestirse, comer, acostarse o levantarse de la cama o silla, desplazarse e ir al baño. También pueden incluir el tipo de atención médica que la mayoría de las personas se realizan por sí mismas, como la aplicación de gotas para los ojos. Medicare no cubre los cuidados de custodia.

Tarifa diaria de costo compartido. Esta tarifa puede aplicarse cuando su médico le receta un suministro de ciertos medicamentos para menos de un mes completo y usted debe pagar un copago. La tarifa diaria de costo compartido es el copago dividido entre la cantidad de días del suministro mensual. Por ejemplo: si su copago para un suministro mensual de un medicamento es de \$30, y en nuestro plan el suministro mensual es de 30 días, su tarifa diaria de costo compartido es de \$1 por día.

Deducible: La cantidad que debe pagar por atención médica o recetas antes de que nuestro plan pague.

Cancelación de la inscripción o Desafiliación: El proceso de finalizar su membresía en nuestro plan.

Tarifa de dispensación: La tarifa que se cobra cada vez que se dispensa un medicamento cubierto para pagar el costo de surtir una receta, como el tiempo del farmacéutico para preparar y empaquetar la receta.

Planes de Necesidades Especiales con Doble Elegibilidad (D-SNP): Los D-SNP inscriben a personas con derecho tanto a Medicare (Título XVIII de la Ley del Seguro Social) como a la asistencia médica de un plan estatal de Medicaid (Título XIX). Los estados cubren parte o la totalidad de los costos de Medicare, según el estado y la elegibilidad de la persona.

Equipo Médico Duradero (DME): Cierta equipo médico que su médico le solicita por razones médicas. Por ejemplo, andadores, sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchón eléctrico, suministros para diabéticos, bombas de infusión intravenosa, dispositivos generadores de voz, equipos de oxígeno, nebulizadores o camas de hospital solicitadas por un proveedor para uso en el hogar.

Capítulo 12 Definiciones

Emergencia: Una emergencia médica se produce cuando usted, o cualquier otra persona prudente con conocimientos promedio de salud y medicina, cree que presenta síntomas que requieren atención médica inmediata para prevenir la muerte (y, si es una mujer embarazada, la pérdida del bebé), la pérdida de una extremidad o de la función de una extremidad, o la pérdida o deterioro grave de una función corporal. Los síntomas pueden ser una enfermedad, una lesión, un dolor intenso o una afección médica que empeora rápidamente.

Atención de emergencia: Servicios cubiertos que son: 1) proporcionados por un proveedor calificado para brindar servicios de emergencia; y 2) necesarios para tratar, evaluar o estabilizar una condición médica de emergencia.

Evidencia de cobertura (EOC) e Información de divulgación: Este documento, junto con su formulario de inscripción y cualquier otro anexo, cláusula adicional u otra cobertura opcional seleccionada, que explica su cobertura, lo que debemos hacer, sus derechos y lo que debe hacer como miembro de nuestro plan.

Excepción: Un tipo de decisión de cobertura que, de aprobarse, le permite obtener un medicamento que no está en nuestro formulario (excepción al formulario) o un medicamento no preferido con un costo compartido más bajo (excepción por nivel). También puede solicitar una excepción si nuestro plan le exige probar otro medicamento antes de obtener el que solicita, si nuestro plan requiere una autorización previa para un medicamento y desea que no apliquemos la restricción de criterios, o si nuestro plan limita la cantidad o la dosis del medicamento que solicita (excepción al formulario).

Ayuda adicional: Un programa de Medicare para ayudar a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar los costos del programa de medicamentos recetados de Medicare, como primas, deducibles y coseguro.

Queja: Un tipo de queja que usted presenta sobre nuestro plan, proveedores o farmacias, incluyendo una queja sobre la calidad de su atención. Esto no incluye disputas de cobertura ni de pago.

Medicamento genérico: Un medicamento recetado aprobado por la FDA con el mismo principio activo que el medicamento de marca. Generalmente, un medicamento genérico funciona igual que uno de marca y suele ser más económico.

Asistente de salud a domicilio: Una persona que brinda servicios que no requieren las habilidades de una enfermera o un terapeuta autorizado, como ayuda con el cuidado personal (por ejemplo, bañarse, usar el baño, vestirse o realizar los ejercicios prescritos).

Capítulo 12 Definiciones

Cuidados paliativos: Un beneficio que brinda tratamiento especial a un miembro con una enfermedad terminal certificada médicamente, es decir, con una esperanza de vida de 6 meses o menos. Nuestro plan debe proporcionarle una lista de cuidados paliativos en su área geográfica. Si elige un centro de cuidados paliativos y continúa pagando las primas, seguirá siendo miembro de nuestro plan. Podrá seguir recibiendo todos los servicios médicamente necesarios, así como los beneficios complementarios que ofrecemos.

Estadía en el hospital: Una estadía en el hospital cuando ha sido ingresado formalmente en el hospital para recibir servicios médicos especializados. Incluso si pasa la noche en el hospital, podría ser considerado paciente ambulatorio.

Monto de Ajuste Mensual Relacionado con los Ingresos (IRMAA): Si sus ingresos brutos ajustados modificados, según lo declarado en su declaración de impuestos del IRS de hace dos años, superan cierta cantidad, pagará la prima estándar y un Monto de Ajuste Mensual Relacionado con los Ingresos, también conocido como IRMAA. El IRMAA es un cargo adicional a su prima. Menos del 5% de las personas con Medicare se ven afectadas, por lo que la mayoría no pagará una prima más alta.

Etapas de cobertura inicial: Esta es la etapa anterior a que sus gastos de bolsillo para el año alcancen el monto límite de gastos de bolsillo.

Período de inscripción inicial: Cuando es elegible por primera vez para Medicare, el período de tiempo en el que puede inscribirse en la Parte A y la Parte B de Medicare. Si es elegible para Medicare cuando cumple 65 años, su Período de inscripción inicial es el período de 7 meses que comienza 3 meses antes del mes en que cumple 65 años, incluye el mes en que cumple 65 años y finaliza 3 meses después del mes en que cumple 65 años.

D-SNP Integrado: Un D-SNP que cubre Medicare y la mayoría o la totalidad de los servicios de Medicaid bajo un solo plan de salud para ciertos grupos de personas elegibles tanto para Medicare como para Medicaid. Estas personas también se conocen como personas con doble elegibilidad para beneficios completos.

Biosimilar intercambiable: Un biosimilar que puede utilizarse como sustituto de un producto biosimilar original 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 (formulario o Lista de medicamentos): Una lista de medicamentos recetados cubiertos por nuestro plan.

Subsidio por bajos ingresos (LIS): Consulte “Ayuda adicional”.

Capítulo 12 Definiciones

Programa de Descuento de Fabricantes: Un programa mediante el cual los fabricantes de medicamentos pagan una parte del costo total de nuestro plan para los medicamentos de marca y biológicos cubiertos por la Parte D. Los descuentos se basan en acuerdos entre el gobierno federal y los fabricantes de medicamentos.

Precio justo máximo: El precio que Medicare negoció para un medicamento seleccionado.

Monto máximo de gastos de bolsillo: El máximo que usted paga de su bolsillo durante el año calendario por los servicios cubiertos de las Partes A y B. Los montos que usted paga por las primas de las Partes A y B de Medicare y los medicamentos recetados no cuentan para el monto máximo de bolsillo. (**Nota:** Debido a que nuestros miembros también reciben ayuda de Medicaid, muy pocos miembros alcanzan este máximo de bolsillo).

Medicaid (o Asistencia médica): Un programa conjunto federal y estatal que ayuda con los costos médicos a algunas personas con bajos ingresos y recursos limitados. Los programas estatales de Medicaid varían, pero la mayoría de los costos de atención médica están cubiertos si usted califica tanto para Medicare como para Medicaid.

Indicación medicamento aceptada: Uso de un medicamento aprobado por la FDA o respaldado por ciertas referencias, como la Información de medicamentos del Servicio de formularios de hospitales estadounidenses y el sistema de información DRUGDEX de Micromedex.

Medicamento necesario(s): Servicios, suministros o medicamentos que son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su condición médica y que cumplen con los estándares aceptados de la práctica médica.

Medicare: El programa de seguro de salud federal para personas de 65 años de edad o más, algunas personas menores de 65 años con ciertas discapacidades y personas con enfermedad renal en etapa terminal (generalmente aquellas con insuficiencia renal permanente que necesitan diálisis o un trasplante de riñón).

Período de inscripción abierta de Medicare Advantage: El período comprendido entre el 1 de enero y marzo 31. 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.

Plan Medicare Advantage (MA): A veces llamado Medicare Parte C. Es un plan ofrecido por una compañía privada que tiene contrato con Medicare para brindarle todos los beneficios de

Capítulo 12 Definiciones

las Partes A y B de Medicare. Un plan Medicare Advantage puede ser i) un HMO, ii) un PPO, iii) un plan privado de pago por servicio (PFFS) o iv) un plan de Cuenta de Ahorros Médicos de Medicare (MSA). Además de elegir entre estos tipos de planes, un plan Medicare Advantage HMO o PPO también puede ser un Plan de Necesidades Especiales (SNP). En la mayoría de los casos, los planes Medicare Advantage también ofrecen la Parte D de Medicare (cobertura de medicamentos recetados). Estos planes se denominan **Planes Medicare Advantage con cobertura de medicamentos recetados**.

Servicios cubiertos por Medicare: Los servicios cubiertos por las Partes A y B de Medicare. Todos los planes de salud de Medicare deben cubrir todos los servicios cubiertos por las Partes A y B de Medicare. El término Servicios cubiertos por Medicare no incluye los beneficios adicionales, como visión, atención dental o audición, que puede ofrecer un plan Medicare Advantage.

Plan de salud de Medicare: Un plan de salud de Medicare es ofrecido por una empresa privada que tiene un contrato con Medicare para proporcionar la Parte A y la Parte B. Beneficios B para las personas con Medicare que se inscriben en nuestro plan. Este término incluye todos los Planes Medicare Advantage, Planes de Costo de Medicare, Planes para Necesidades Especiales, Programas de Demostración/Piloto y Programas de Atención Integral para Personas Mayores (PACE).

Cobertura de medicamentos de Medicare (Parte D de Medicare): Seguro para ayudar a pagar medicamentos recetados, vacunas, productos biológicos y algunos suministros para pacientes ambulatorios no cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare.

Programa de 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.

Póliza Medigap (Seguro Complementario de Medicare): Seguro complementario de Medicare ofrecido por aseguradoras privadas para cubrir *las carencias* de Medicare Original. Las pólizas Medigap solo funcionan con Medicare Original. (Un plan Medicare Advantage no es una póliza Medigap).

Miembro (miembro de nuestro plan o miembro del plan): Una persona con Medicare que es elegible para recibir servicios cubiertos, que se ha inscrito en nuestro plan y cuya inscripción ha sido confirmada por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare and Medicaid Services, CMS).

Capítulo 12 Definiciones

Servicios para miembros: Un departamento dentro de nuestro plan responsable de responder sus preguntas sobre su membresía, beneficios, quejas y apelaciones.

Farmacia de la red: Una farmacia con contrato con nuestro plan donde los miembros pueden obtener sus beneficios de medicamentos recetados. En la mayoría de los casos, sus recetas solo están cubiertas si se surten en una de nuestras farmacias de la red.

Proveedor de la red: El término "**proveedor**" se refiere a médicos, otros profesionales de la salud, hospitales y otros centros de atención médica autorizados o certificados por Medicare y el estado para brindar servicios de atención médica. **Los proveedores de la red** tienen un acuerdo con nuestro plan para aceptar nuestro pago completo y, en algunos casos, coordinar y brindar los servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores de la red también se denominan **proveedores del plan**.

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: Una decisión que toma nuestro plan sobre si los artículos o servicios están cubiertos o cuánto debe pagar por ellos. En este documento, las determinaciones de la organización se denominan 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): Medicare Original es ofrecido por el gobierno, y no es un plan de salud privado como los planes Medicare Advantage y los planes de medicamentos recetados. Con Medicare Original, los servicios de Medicare están cubiertos mediante el pago a médicos, hospitales y otros proveedores de atención médica, según los montos establecidos por el Congreso. Puede consultar a cualquier médico, hospital u otro proveedor de atención médica que acepte Medicare. Debe pagar el deducible. Medicare paga su parte del monto aprobado por Medicare y usted paga la suya. Medicare Original consta de dos partes: la Parte A (Seguro Hospitalario) y la Parte B (Seguro Médico) y está disponible en todo Estados Unidos.

Farmacia fuera de la red: Una farmacia que no tiene contrato con nuestro plan para coordinar o proporcionar medicamentos cubiertos a los miembros. La mayoría de los medicamentos que obtiene en farmacias fuera de la red no están cubiertos por nuestro plan, a menos que se cumplan ciertas condiciones.

Capítulo 12 Definiciones

Proveedor o centro fuera de la red: Un proveedor o centro que no tiene contrato con nuestro plan para coordinar o prestar servicios cubiertos a sus miembros. Los proveedores fuera de la red son proveedores que no son empleados, ni pertenecen ni están operados por nuestro plan.

Gastos de bolsillo: Consulte la definición de costos compartidos más arriba. El requisito de costo compartido de un miembro para pagar una parte de los servicios o medicamentos recibidos también se conoce como requisito de gastos de bolsillo del miembro.

Umbral de gastos de bolsillo: El monto máximo que usted paga de su bolsillo por los medicamentos de la Parte D.

Plan PACE: Un plan PACE (Programa de Atención Integral para Personas Mayores) combina servicios y apoyos médicos, sociales y de largo plazo (LTSS) para personas frágiles, a fin de ayudarles a mantenerse independientes y a vivir en su comunidad (en lugar de mudarse a una residencia de ancianos) el mayor tiempo posible. Las personas inscritas en los planes PACE reciben sus beneficios de Medicare y Medicaid a través de nuestro plan.

Parte C: Consulte “Plan Medicare Advantage (MA)”.

Parte D: El Programa de Beneficios Voluntarios de Medicamentos Recetados de Medicare.

Medicamentos de la Parte D: Medicamentos que pueden estar cubiertos por la Parte D. Es posible que ofrezcamos o no todos los medicamentos de la Parte D. El Congreso ha excluido ciertas categorías de medicamentos de la cobertura de la Parte D. Ciertas categorías de medicamentos de la Parte D deben estar cubiertas por todos los planes.

Multa por inscripción tardía a la Parte D: Un monto que se agrega a la prima mensual de su plan de cobertura de medicamentos de Medicare si no tiene cobertura válida (cobertura que, en promedio, paga al menos lo mismo que la cobertura estándar de medicamentos de Medicare) durante un período continuo de 63 días o más después de ser elegible por primera vez para unirse a un plan de la Parte D. Si pierde la Ayuda Adicional, puede estar sujeto a la multa por inscripción tardía si pasa 63 días o más seguidos sin la Parte D u otra cobertura válida de medicamentos.

Prima: El pago periódico a Medicare, una compañía de seguros o un plan de atención médica para cobertura de salud o medicamentos recetados.

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).

Capítulo 12 Definiciones

Proveedor de atención primaria (PCP): El médico u otro proveedor al que consulta primero para la mayoría de los problemas de salud. En muchos planes de salud de Medicare requieren que usted consulte a su proveedor de atención primaria antes de consultar a cualquier otro proveedor de atención médica.

Autorización previa: Aprobación previa para obtener servicios o ciertos medicamentos según criterios específicos. Los servicios cubiertos que requieren autorización previa se indican en el Cuadro de beneficios médicos del Capítulo 4. Los medicamentos cubiertos que necesitan autorización previa están marcados en el formulario y nuestros criterios están publicados en nuestro sitio web.

Prótesis y órtesis: Dispositivos médicos 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 para ostomía y terapia de nutrición enteral y parenteral.

Organización para la Mejora de la Calidad (QIO): Un grupo de médicos en ejercicio y otros expertos en atención médica pagados por el gobierno federal para controlar y mejorar la atención brindada a los pacientes de Medicare.

Límites de cantidad: Una herramienta de administración diseñada para limitar el uso de un medicamento por razones de calidad, seguridad o utilización. Los límites pueden aplicarse a la cantidad del medicamento que cubrimos por receta o por un período definido.

“Real-Time Benefit Tool” (Herramienta de Beneficios en Tiempo Real): Un portal o aplicación informática donde los afiliados pueden consultar información completa, precisa, oportuna y clínicamente apropiada sobre el formulario y sus beneficios. Esto incluye montos de costos compartidos, medicamentos alternativos del formulario que pueden usarse para la misma condición médica que un medicamento específico y restricciones de cobertura (autorización previa, terapia escalonada, límites de cantidad) que aplican a los medicamentos alternativos.

Remisión o derivación: Una orden escrita de su médico de cabecera para que usted visite a un especialista o reciba ciertos servicios médicos. Sin una referencia, es posible que nuestro plan no cubra los servicios de un especialista.

Servicios de rehabilitación: Estos servicios incluyen atención de rehabilitación para pacientes internados, fisioterapia (ambulatoria), terapia del habla y del lenguaje y terapia ocupacional.

Medicamento seleccionado: Un medicamento cubierto por la Parte D para el cual Medicare negoció un precio justo máximo.

Capítulo 12 Definiciones

Área de servicio: Un área geográfica donde debe vivir para afiliarse a un plan de salud en particular. En el caso de los planes que limitan los médicos y hospitales que puede usar, generalmente también es el área donde puede recibir servicios de rutina (no urgentes). Nuestro plan debe cancelar su afiliación si se muda permanentemente fuera de su área de servicio.

Atención en un Centro de Enfermería Especializada (SNF): Servicios de atención de enfermería especializada y rehabilitación que se brindan de forma continua y diaria en un centro de enfermería especializada. Algunos ejemplos de estos servicios incluyen fisioterapia o inyecciones intravenosas, que solo pueden ser administradas por un enfermero titulado o un médico.

Plan de Necesidades Especiales: Un tipo especial de plan Medicare Advantage que brinda atención médica más enfocada en grupos específicos de personas, como aquellos que tienen Medicare y Medicaid, que viven en un hogar de ancianos o que tienen ciertas condiciones médicas crónicas.

Terapia escalonada: Una herramienta de utilización que requiere que primero pruebe otro medicamento para tratar su condición médica antes de que cubramos el medicamento que su médico le haya recetado inicialmente.

Servicios necesarios con urgencia: Un servicio cubierto por el plan que requiere atención médica inmediata y no es una emergencia se considera urgente si se encuentra temporalmente fuera del área de servicio de nuestro plan o si, dadas sus circunstancias, no es razonable obtener este servicio de proveedores de la red. Ejemplos de servicios urgentes son enfermedades y lesiones imprevistas, o reagudizaciones inesperadas de afecciones preexistentes. Las visitas de rutina médicamente necesarias al proveedor (como los chequeos anuales) no se consideran urgentes, incluso si se encuentra fuera del área de servicio de nuestro plan o si nuestra red no está disponible temporalmente.

Servicios para miembros de Neighborhood Dual CONNECT

Método	Servicios para miembros – Información de contacto
Llame	1-844-812-6896 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario es 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).
Línea TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario es 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).
Envíe un correo	Neighborhood Health Plan of Rhode Island Attention: Member Services 910 Douglas Pike Smithfield, Rhode Island 02917
Sitio web	www.nhpri.org/DualCONNECT

Programa de Asistencia de Seguro de Salud del Estado de Rhode Island

El Programa de Asistencia de Seguro de Salud del Estado de Rhode Island es un programa estatal que recibe dinero del gobierno federal para brindar asesoramiento gratuito sobre seguros de salud locales a personas con Medicare.

Método	Información del contacto
Llame	SHIP de Rhode Island: 1-888-884-8721 De 8:30 a. m. a 4:00 p. m., de lunes a viernes The POINT: 1-401-462-4444 – de 8:30 a. m. a 5:00 p. m., de lunes a viernes
Línea TTY	401-462-0740 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades para oír o hablar.
Envíe un correo	Office of Health Aging 25 Howard Avenue, Building 57 Cranston, RI 02920 Attention: SHIP Program

Sitio web

www.oha.ri.gov

Declaración de divulgación de la PRA. Según la Ley de Reducción de Trámites de 1995, ninguna persona está obligada a responder a una recopilación de información a menos que muestre un número de control válido de la OMB. El número de control válido de la OMB para esta recopilación de información es 0938-1051. Si tiene comentarios o sugerencias para mejorar este formulario, escriba a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.