Neighborhood Health Plan OF RHODE ISLAND™

Neighborhood INTEGRITY (plan de Medicare-Medicaid)

Manual del miembro para 2019

H9576_MSEOC2019 Aprobado 10/5/2018

Manual del miembro de Neighborhood INTEGRITY

Del 1 de enero de 2019 al 31 de diciembre de 2019

Su cobertura de salud y medicamentos con el plan Neighborhood INTEGRITY Medicare -Medicaid

Introducción al *Manual del miembro*

Este manual explica su cobertura de Neighborhood INTEGRITY hasta el 31 de diciembre de 2019. Explica los servicios de atención médica, la cobertura de salud conductual, la cobertura para medicamentos con receta y los servicios y el apoyo a largo plazo. Los servicios y el apoyo a largo plazo lo ayudan a quedarse en su hogar en lugar de ir a una residencia para personas mayores o a un hospital. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo del *Manual del miembro*.

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

El plan Neighborhood INTEGRITY es ofrecido por Neighborhood Health Plan of Rhode Island. Cuando este *Manual del miembro* dice “nosotros”, “nos” o “nuestro”, significa Neighborhood Health Plan of Rhode Island. Cuando dice “el plan” o “nuestro plan,” significa Neighborhood INTEGRITY.

ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-844-812-6896 (TTY 711) 8 am to 8 pm, Monday – Friday; 8 am to 12 pm on Saturday. On Saturday afternoons, Sundays and holidays, you may be asked to leave a message. Your call will be returned within the next business day. The call is free.

ATENCIÓN: Si habla español, tenemos a su disposición servicios de asistencia gratuitos en su idioma. Llame al 1-844-812-6896 (para TTY o TDD, marque 711) de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., y los sábados de 8:00 a. m. a 12:00 p. m. Los sábados por la tarde, domingos y feriados, puede dejar un mensaje y le devolveremos la llamada el siguiente día hábil. La llamada es gratuita.

ATENÇÃO: Se falar Português, estão disponíveis para si serviços de apoio linguístico, gratuitamente. Ligue para o 1-844-812-6896 (TTY/TDD 711), das 8 am às 8 pm, de segunda a sexta-feira; das 8 am às 12 pm ao sábado. Aos sábados à tarde, domingos e feriados, poderá ser convidado a deixar uma mensagem. A sua chamada será devolvida no próximo dia útil. A chamada é grátis.

Puede obtener este documento de forma gratuita en otros formatos, como en tamaño de letra grande, braille o audio. Llame a Servicios para Miembros al 1-844-812-6896, de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., y los sábados de 8:00 a. m. a 12:00 p. m. Si llama un sábado por la tarde, un domingo o un feriado, se le pedirá que deje un mensaje. Le devolverán la llamada el siguiente día hábil. Los usuarios de TTY deben llamar al 711. La llamada es gratuita. Nuestro plan también

puede proporcionarle los documentos en inglés y portugués, y en otros formatos como tamaño de letra grande, braille o audio. Llame al a Servicios para Miembros al 1-844-812-6896 (para TTY, marque 711), de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., y los sábados de 8:00 a. m. a 12:00 p. m., para indicar que desea recibir los documentos ahora y en el futuro en el idioma o el formato alternativo solicitado.

Manual del miembro de Neighborhood INTEGRITY (plan de Medicare y Medicaid)

Índice

Capítulo 1: Primeros pasos como miembro 5

Capítulo 2: Números de teléfono y recursos importantes 15

Capítulo 3: Cómo usar la cobertura del plan para su atención médica y otros servicios cubiertos ... 31

Capítulo 4: Tabla de beneficios 50

Capítulo 5: Cómo obtener sus medicamentos con receta para pacientes ambulatorios a través del plan 97

Capítulo 6: Lo que usted paga por sus medicamentos con receta de Medicare y Medicaid 116

Capítulo 7: Cómo solicitarnos que paguemos una factura que recibió por servicios o medicamentos cubiertos 123

Capítulo 8: Sus derechos y responsabilidades 129

Capítulo 9: Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones sobre la cobertura, apelaciones, quejas) 142

Capítulo 10: Cómo finalizar la membresía de su plan de Medicare y Medicaid 201

Capítulo 11: Avisos legales 208

Capítulo 12: Definiciones de palabras importantes 212

Avisos legales

- La cobertura de Neighborhood INTEGRITY califica como cobertura esencial mínima (MEC). Cumple con el requisito de responsabilidad individual compartida exigido por la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible (ACA). Visite el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (IRS) en www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families para obtener más información sobre el requisito de responsabilidad individual compartida para la MEC.

- Si usted recibe o comienza a ser elegible para recibir los servicios y el apoyo a largo plazo, es posible que deba pagar parte del costo de estos servicios. Medicaid de Rhode Island determina este importe.

- Neighborhood Health Plan of Rhode Island es un plan de salud que tiene contrato con Medicare y Medicaid de Rhode Island para brindar los beneficios de ambos programas a los afiliados.

- Los proveedores que están fuera de la red o que no han firmado un contrato no tienen la obligación de atender a los miembros de Neighborhood INTEGRITY, excepto en situaciones de emergencia. Comuníquese con nuestro Centro de Atención al Cliente o consulte el Manual del miembro para obtener más información, como el costo compartido que se aplica a los servicios fuera de la red.

Capítulo 1: Primeros pasos como miembro

Introducción

Este capítulo incluye información sobre Neighborhood INTEGRITY, un plan de salud que cubre todos sus servicios de Medicare y Medicaid, y sobre su membresía en este plan. También le explica qué puede esperar y qué otra información recibirá de Neighborhood INTEGRITY. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo del Manual del miembro.

Índice

A. Bienvenido a Neighborhood INTEGRITY 6

B. Información sobre Medicare y Medicaid 6

B1. Medicare 6

B2. Medicaid 6

C. Ventajas de este plan 7

D. Área de servicio de Neighborhood INTEGRITY 9

E. Requisitos para ser miembro del plan 9

F. Qué esperar cuando se inscribe por primera vez a un plan de salud 9

G. Su plan de atención 10

H. Prima mensual del plan de Neighborhood INTEGRITY 10

I. El *Manual del miembro* 10

J. Otra información que recibirá de nosotros 10

J1. Su tarjeta de identificación del miembro de Neighborhood INTEGRITY 11

J2. *Directorio de proveedores y farmacias* 11

J3. Lista de medicamentos cubiertos 12

J4. La Explicación de beneficios 13

K. Cómo mantener el registro de miembro actualizado 13

K1. Privacidad de su información de salud personal (PHI) 14

A. Bienvenido a Neighborhood INTEGRITY

Neighborhood INTEGRITY es un plan de Medicare y Medicaid. Un plan de Medicare-Medicaid es una organización formada por médicos, hospitales, farmacias, proveedores de servicios y apoyo a largo plazo, y otros proveedores. También cuenta con gestores de casos y un equipo de atención para ayudarlo a gestionar todos sus proveedores y servicios. Trabajan juntos para brindar la atención que usted necesita.

Neighborhood INTEGRITY fue aprobado por el estado de Rhode Island y por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) para ofrecerle servicios como parte de la Integrated Care Initiative (Iniciativa de Atención Integral).

La Integrated Care Initiative es un programa de demostración administrado en conjunto por el estado de Rhode Island y el gobierno federal para ofrecer mejor atención médica a las personas con Medicare y Medicaid. Con este programa de demostración, el estado y el gobierno federal desean probar maneras nuevas de mejorar la forma en la que usted recibe los servicios de atención médica de Medicare y Medicaid.

B. Información sobre Medicare y Medicaid

B1. Medicare

Medicare es el programa federal de seguro de salud para las siguientes personas:

- personas que tienen 65 años o más;
- algunas personas que tienen menos de 65 años con algunas discapacidades; y
- personas con enfermedad renal terminal (insuficiencia renal).

B2. Medicaid

Medicaid es un programa administrado por el gobierno federal y el estado que ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar los servicios y el apoyo a largo plazo, y los costos médicos. Cubre los servicios y medicamentos adicionales que no cubre Medicare. En Rhode Island, Medicaid se llama Medicaid de Rhode Island.

Decisiones de cada estado:

- qué cuenta como ingresos y recursos;
- quién cumple con los requisitos;
- qué servicios están cubiertos; y

- el costo de los servicios.

Los estados pueden decidir cómo administrar sus programas, siempre y cuando cumplan con las normas federales.

Medicare y el estado de Rhode Island deben aprobar Neighborhood INTEGRITY todos los años. Puede recibir los servicios de Medicare y Medicaid a través de nuestro plan, siempre y cuando:

- Decidamos ofrecer el plan.
- Medicare y el estado de Rhode Island aprueben el plan.

Incluso si nuestro plan se cancela en el futuro, su elegibilidad para recibir los servicios de Medicare y Medicaid no se verá afectada.

C. Ventajas de este plan

Usted recibirá todos los servicios cubiertos de Medicare y Medicaid a través de Neighborhood INTEGRITY, incluidos los medicamentos con receta. **No tiene que hacer ningún pago adicional para inscribirse en este plan de salud.**

Neighborhood INTEGRITY ayudará a que sus beneficios de Medicare y Medicaid funcionen mejor juntos y que funcionen mejor para usted. Estas son algunas ventajas:

- Podrá trabajar con **un** plan de salud para **todas** sus necesidades de seguro de salud.
- Contará con un equipo de atención formado con su ayuda. Su equipo de atención puede incluir médicos, enfermeros, consejeros u otros profesionales de la salud, que lo ayudan a obtener la atención que necesita.
- También puede tener un gestor de casos, que trabaja con usted, con Neighborhood INTEGRITY y con sus proveedores de atención para garantizar que usted reciba la atención que necesita.
- Usted podrá dirigir su propia atención con la ayuda de su equipo de atención y el gestor de casos.
- El equipo de atención y el gestor de casos trabajarán con usted para preparar un plan de atención especialmente diseñado para satisfacer sus necesidades de salud. El equipo de atención estará a cargo de coordinar los servicios que usted necesita. Por ejemplo:
    - Su equipo de atención les informará a sus proveedores todos los medicamentos que usted toma para reducir cualquier efecto secundario.

- Su equipo de atención se asegurará de que los resultados de sus exámenes se envíen a todos sus médicos y otros proveedores.

D. Área de servicio de Neighborhood INTEGRITY

Nuestra área de servicio es el estado de Rhode Island.

Solo las personas que viven en nuestra área de servicio pueden obtener cobertura de Neighborhood INTEGRITY.

Si se muda fuera del estado de Rhode Island, no puede permanecer en el plan. Consulte el capítulo 8, sección J, página 133 para obtener más información sobre las consecuencias de mudarse fuera de nuestra área de servicio.

E. Requisitos para ser miembro del plan

Es elegible para el plan siempre y cuando:

- Viva en nuestra área de servicio.
- Tenga la Parte A y la Parte B de Medicare, y sea elegible para la Parte D de Medicare.
- Sea ciudadano de los Estados Unidos o esté presente legalmente en los Estados Unidos.
- Sea elegible para Medicaid de Rhode Island.

F. Qué esperar cuando se inscribe por primera vez a un plan de salud

Cuando se inscriba por primera vez al plan, recibirá una evaluación dentro de los primeros 180 días.

Un miembro del equipo de gestión de la atención se comunicará con usted por teléfono para completar la evaluación. Según sus necesidades, puede recibir una evaluación más exhaustiva dentro de los 45 días después de la inscripción con nosotros. La evaluación exhaustiva observará en más detalles sus necesidades, capacidades y servicios que puede necesitar.

Si es nuevo en Neighborhood INTEGRITY, puede seguir consultando a los mismos proveedores que consulta ahora durante 180 días.

Después de los 180 días, deberá consultar con médicos y otros proveedores de la red de Neighborhood INTEGRITY. Un proveedor de la red es un proveedor que trabaja con el plan de salud. Consulte el capítulo 3, sección D, página 34 para obtener más información sobre cómo recibir atención.

G. Su plan de atención

Su plan de atención es el plan para qué servicios de salud recibirá y cómo los recibirá.

Después de la evaluación, su equipo de atención se reunirá con usted para hablar sobre los servicios de salud que necesita y desea. Usted y su equipo de atención elaborarán juntos su plan de atención.

Cada año, su equipo de atención trabajará con usted para actualizar su plan de atención si cambian los servicios de salud que necesita y desea.

H. Prima mensual del plan de Neighborhood INTEGRITY

Neighborhood INTEGRITY no tiene una prima mensual del plan.

I. El *Manual del miembro*

Este *Manual del miembro* forma parte de nuestro contrato con usted. Esto significa que debemos cumplir con todas las normas de este documento. Si cree que hemos actuado en contra de estas normas, puede apelar o cuestionar nuestro accionar. Para obtener información sobre cómo presentar una apelación, consulte el capítulo 9, sección 4, página 143, o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

Puede solicitar un *Manual del miembro* llamando a Servicios para Miembros al 1-844-812-6896 (para TTY, marque 711), de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., y los sábados de 8:00 a. m. a 12:00 p.m. También puede consultar o descargar el *Manual del miembro* en www.nhpri.org/INTEGRITY.

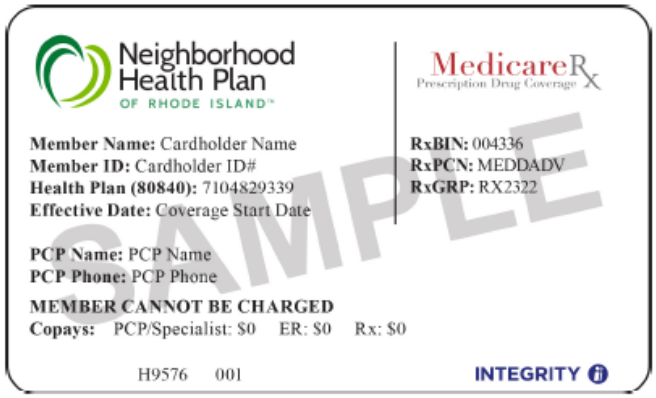
El contrato está vigente durante los meses que esté afiliado en Neighborhood INTEGRITY.

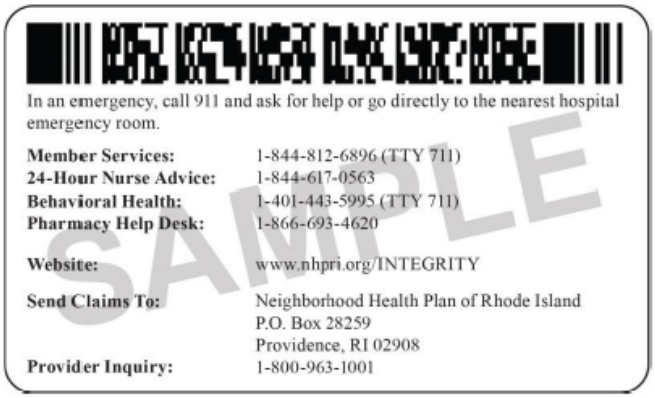
J. Otra información que recibirá de nosotros

Ya debería haber recibido una tarjeta de identificación del miembro de Neighborhood INTEGRITY, información sobre cómo acceder al *Directorio de proveedores y farmacias*, una Lista de los equipos médicos duraderos, e información sobre cómo acceder a una *Lista de medicamentos cubiertos*.

J1. Su tarjeta de identificación del miembro de Neighborhood INTEGRITY

Conforme a su plan, tendrá una tarjeta para sus servicios de Medicare y Medicaid, incluidos los servicios y el apoyo a largo plazo, y los medicamentos con receta. Debe presentar esta tarjeta cuando reciba cualquier servicio o medicamento con receta. Esta es una tarjeta de muestra para que vea cómo se será la suya:





Si su tarjeta se daña, se pierde o se la roban, llame de inmediato a Servicios para Miembros y le enviaremos una tarjeta nueva.

Mientras sea miembro de nuestro plan, no tendrá que usar su tarjeta de Medicare roja, blanca y azul ni su tarjeta de Medicaid para recibir servicios. Guarde su tarjeta de Medicare en un lugar seguro por si la necesita más adelante. **Deberá seguir usando su tarjeta de Medicaid para los servicios dentales y el transporte.** Si presenta su tarjeta de Medicare en lugar de su tarjeta de identificación del miembro de Neighborhood INTEGRITY, el proveedor puede facturarle a Medicare en vez de su plan y usted puede recibir una factura. Consulte el capítulo 7, sección A, página 118 para ver qué hacer si recibe una factura de un proveedor.

J2. *Directorio de proveedores y farmacias*

El *Directorio de proveedores y farmacias* enumera los proveedores y las farmacias de la red de Neighborhood INTEGRITY. Mientras sea miembro de nuestro plan, debe usar los proveedores de la red para obtener los servicios cubiertos. Existen algunas excepciones cuando se inscribe por primera vez en nuestro plan (consulte la página 32).

Puede solicitar un *Directorio de proveedores y farmacias* llamando a Servicios para Miembros al 1-844-812-6896. También puede consultar o descargar el *Directorio de proveedores y farmacias* en www.nhpri.org/INTEGRITY.

El Directorio de proveedores y farmacias incluye una lista de todos los proveedores y farmacias en nuestra red.

Tanto Servicios para Miembros como el sitio web pueden brindarle la información más reciente sobre los cambios en los proveedores y las farmacias de nuestra red.

Definición de "proveedores de la red"

- Proveedores de la red de Neighborhood INTEGRITY:
  - Médicos, enfermeros y otros profesionales de atención médica a los que puede acudir como miembro de nuestro plan
  - Clínicas, hospitales, centros de enfermería y otros lugares que brindan servicios de salud en nuestro plan
  - Agencias de servicios de salud en el hogar, servicios y apoyo a largo plazo (LTSS), distribuidores de equipos médicos duraderos y otras entidades que brindan productos y servicios que obtiene a través de Medicare o Medicaid

Los proveedores de la red han acordado aceptar el pago de nuestro plan para los servicios cubiertos como pago total. Si usted recibe o comienza a ser elegible para recibir los servicios y el apoyo a largo plazo, es posible que deba pagar parte del costo de estos servicios. Medicaid de Rhode Island determina este importe.

Definición de "farmacias de la red"

- Las farmacias de la red son farmacias (droguerías) que han acordado abastecer los medicamentos con receta para los miembros de nuestro plan. Use el *Directorio de proveedores y farmacias* para encontrar la farmacia de la red que desea usar.
- Salvo en caso de una emergencia, *debe* abastecer sus medicamentos con receta en una de las farmacias de nuestra red si desea que el plan lo ayude con el pago.

Llame a Servicios para Miembros al 1-844-812-6896 para obtener más información. Tanto Servicios para Miembros como el sitio web de Neighborhood INTEGRITY pueden brindarle la información más reciente sobre los cambios en las farmacias y los proveedores de nuestra red.

Lista de equipos médicos duraderos (DME)

Junto con este *Manual del miembro*, le enviamos la Lista de equipos médicos duraderos de Neighborhood INTEGRITY, que enumera las marcas y los fabricantes de DME que cubrimos. La lista más reciente de las marcas, los fabricantes y los distribuidores también se encuentra disponible en nuestro sitio web www.nhpri.org/INTEGRITY. Consulte el capítulo 4 para conocer más sobre los DME.

J3. Lista de medicamentos cubiertos

El plan cuenta con una *Lista de medicamentos cubiertos*. Para abreviar, la llamamos la "Lista de medicamentos". Indica qué medicamentos con receta cubre Neighborhood INTEGRITY.

La Lista de medicamentos también le indica si existe alguna norma o restricción sobre los medicamentos, como un límite en la cantidad que puede recibir. Consulte el capítulo 5, sección C, página 100 para obtener más información sobre estas normas y restricciones.

Cada año, le enviaremos información sobre cómo acceder a la Lista de medicamentos, pero se pueden producir algunos cambios durante el año. Para obtener la información más actualizada sobre qué medicamentos están cubiertos, visite www.nhpri.org/INTEGRITY o llame al 1-844-812-6896 (para TTY, marque 711).

J4. La Explicación de beneficios

Cuando usa sus beneficios de medicamentos con receta de la Parte D, le enviaremos un informe resumido para ayudarlo a entender y hacer un seguimiento de los pagos para los medicamentos con receta de la Parte D. Este informe resumido se llama *Explicación de beneficios* (EOB).

La *Explicación de beneficios* le indica el importe total que usted u otras personas en su nombre han gastado en sus medicamentos con receta de la Parte D y el importe total que nosotros hemos pagado para cada uno de sus medicamentos con receta de la Parte D durante el mes. En el capítulo 6, encontrará más información sobre la *Explicación de beneficios* y cómo puede ayudarlo a hacer un seguimiento de su cobertura de medicamentos.

También puede obtener una copia de la *Explicación de beneficios* si lo solicita comunicándose con Servicios para Miembros.

Tiene la opción de recibir la Explicación de beneficios de la Parte D en soporte electrónico. Ofrece la misma información y en el mismo formato que la Explicación de beneficios en papel que recibió hoy. Para comenzar a recibir la Explicación de beneficios en soporte electrónico, visite www.caremark.com para registrarse. Recibirá una notificación por correo electrónico cuando tenga una nueva Explicación de beneficios para consultar. Asegúrese de conservar estos informes, ya que son un registro importante de sus gastos en medicamentos.

K. Cómo mantener el registro de miembro actualizado

Puede mantener su registro de miembro actualizado avisándonos cuando cambie su información.

Los proveedores y las farmacias de la red del plan necesitan tener la información correcta sobre usted. **Usan su registro de miembro para saber qué servicios y medicamentos recibe y cuánto le costará a usted.** Por eso, es muy importante que nos ayude a mantener su información actualizada.

Infórmenos sobre lo siguiente:

- Cambios en su nombre, su dirección o su número de teléfono
- Cambios en la cobertura de cualquier otro tipo de seguro de salud, por ejemplo, de su empleador, del empleador de su cónyuge o indemnización laboral

- Cualquier reclamación de responsabilidad civil, como reclamaciones por un accidente automovilístico
- Ingreso en una residencia para personas mayores o en un hospital
- Atención en un hospital o una sala de emergencias fuera del área o fuera de la red
- Cambios en la persona encargada de su cuidado (o la persona responsable de usted)
- Participación en un estudio de investigación clínica

Si se produce algún cambio en su información, avísenos llamando a Servicios para Miembros al 1-844-812-6896 de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., y los sábados de 8:00 a. m. a 12:00 p. m. Si llama un sábado por la tarde, un domingo o un feriado, se le pedirá que deje un mensaje. Le devolverán la llamada el siguiente día hábil.

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

Los datos en su registro de miembro pueden incluir su información de salud personal (PHI). Las leyes nos exigen mantener la privacidad de su PHI. Nos aseguramos de que su PHI esté protegida. Para saber más cómo protegemos su PHI, consulte el capítulo 8, sección D, página 127.

Capítulo 2: Números de teléfono y recursos importantes

Introducción

Este capítulo incluye información de contacto para recursos importantes que pueden ayudarlo a responder sus preguntas sobre Neighborhood INTEGRITY y sus beneficios de atención médica. También puede usar este capítulo para obtener información sobre cómo comunicarse con su coordinador de atención y otras personas que pueden mediar en su nombre. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo del *Manual del miembro*.

Índice

A. Cómo comunicarse con Servicios para Miembros de Neighborhood INTEGRITY 16

A1. Cuándo comunicarse con Servicios para Miembros 16

B. Cómo comunicarse con su gestor de casos 19

B1. Cuándo comunicarse con su gestor de casos 19

C. Cómo comunicarse con la Línea de asesoramiento del personal de enfermería 20

C1. Cuándo comunicarse con la Línea de asesoramiento del personal de enfermería 20

D. Cómo comunicarse con la Línea de crisis de salud conductual 21

D1. Cuándo comunicarse con la Línea de crisis de salud conductual 21

E. Cómo comunicarse con el Programa Estatal de Asistencia sobre el Seguro Médico (SHIP) 22

E1. Cuándo hablar con un consejero del SHIP 22

F. Cómo comunicarse con la Organización para la Mejora de la Calidad (QIO) 23

F1. Cuándo comunicarse con KEPRO 23

G. Cómo comunicarse con Medicare 24

H. Cómo comunicarse con Medicaid de Rhode Island 25

I. Cómo comunicarse con RIPIN Healthcare Advocate 26

J. Cómo comunicarse con The Alliance for Better Long Term Care 27

K. Otros recursos 28

A. Cómo comunicarse con Servicios para Miembros de Neighborhood INTEGRITY

TELÉFONO	1-844-812-6896 Esta llamada es gratuita. El horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes, y de 8:00 a. m. a 12:00 p. m., los sábados. Si llama un sábado por la tarde, un domingo o un feriado, se le pedirá que deje un mensaje. Le devolverán la llamada el siguiente día hábil. Contamos con servicios gratuitos de interpretación para personas que no hablan inglés.
TTY	711 Esta llamada es gratuita. Este número es para personas que tienen problemas de audición o del habla. Debe tener un equipo telefónico especial para llamar a esta línea. El horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes, y de 8:00 a. m. a 12:00 p. m., los sábados. Si llama un sábado por la tarde, un domingo o un feriado, se le pedirá que deje un mensaje. Le devolverán la llamada el siguiente día hábil.
DIRECCIÓN POSTAL	Neighborhood Health Plan of Rhode Island 910 Douglas Pike Smithfield, RI 02917
SITIO WEB	www.nhpri.org/INTEGRITY

A1. Cuándo comunicarse con Servicios para Miembros

- Preguntas sobre el plan
- Preguntas sobre reclamaciones, facturas o tarjetas de identificación del miembro
- Decisiones de cobertura sobre su atención médica
  - Una decisión sobre la cobertura sobre su atención médica incluye lo siguiente:
    - sus beneficios y servicios cubiertos; **o**
    - el importe que pagaremos por sus servicios de salud.

  - Llámenos si tiene preguntas sobre una decisión sobre la cobertura para su atención médica.
  - Para conocer más sobre las decisiones de cobertura, consulte el capítulo 9, sección 4, página 143.

- Apelaciones sobre su atención médica
  - Una apelación es una manera formal de solicitarnos que revisemos una decisión que tomamos sobre su cobertura y que la modifiquemos si cree que cometimos un error.
  - Para conocer más sobre cómo presentar una apelación, consulte el capítulo 9, sección 4, página 143.

- Quejas sobre su atención médica
  - Puede presentar una queja sobre nosotros o cualquier proveedor (incluido un proveedor dentro o fuera de la red). Un proveedor de la red es un proveedor que trabaja con el plan de salud. También puede presentar una queja sobre la calidad de la atención que recibió ante nosotros o ante la Organización para la Mejora de la Calidad (consulte la sección F más abajo en la página 22).
  - Si su queja se trata de una decisión sobre la cobertura sobre su atención médica, puede presentar una apelación (consulte la sección más arriba sobre la página 15).
  - Puede enviar una queja sobre Neighborhood INTEGRITY directamente a Medicare. Puede usar un formulario en línea, en https://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. O puede llamar al 1- 800-MEDICARE (1-800-633-4227) para solicitar ayuda.
  - Para conocer más sobre cómo presentar una queja sobre su atención médica, consulte el capítulo 9, sección 10, página 189.

- Decisiones de cobertura sobre sus medicamentos
  - Una decisión sobre la cobertura sobre sus medicamentos incluye lo siguiente:
    - sus beneficios y medicamentos cubiertos; o
    - el importe que pagaremos por sus medicamentos.
  - Esto se aplica a los medicamentos de la Parte D, los medicamentos con receta de Medicaid y los medicamentos de venta libre de Medicaid.
  - Para conocer más sobre las decisiones de cobertura para sus medicamentos con receta, consulte el capítulo 9, sección 5 y sección 6, en las páginas 147 y 162.

- Apelaciones sobre sus medicamentos
  - Una apelación es una manera de solicitarnos que cambiemos una decisión sobre la cobertura.
  - Para solicitar una apelación para Medicaid o la Parte D (medicamentos con receta), llame a Servicios para Miembros al 1-844-812-6896 (para TTY, marque 711), de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., y los sábados de 8:00 a. m. a 12:00 p. m. Los medicamentos que no son de la Parte D están codificados como "**DP**" en nuestra Lista de medicamentos. Estos son medicamentos de Medicaid.
  - Para conocer más sobre cómo presentar una apelación para sus medicamentos con receta, consulte el capítulo 9, sección 5 y sección 6, en las páginas 147 y 162.
- Quejas sobre sus medicamentos
  - Puede presentar una queja sobre nosotros o cualquier farmacia. Esto incluye una queja sobre sus medicamentos con receta.
  - Si su queja se trata de una decisión sobre la cobertura sobre sus medicamentos con receta, puede presentar una apelación. (Consulte la sección más arriba en la página 15).
  - Puede enviar una queja sobre Neighborhood INTEGRITY directamente a Medicare. Puede usar un formulario en línea, en https://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. O puede llamar al 1- 800-MEDICARE (1-800-633-4227) para solicitar ayuda.
  - Para conocer más sobre cómo presentar una queja sobre sus medicamentos con receta, consulte el capítulo 9, sección 10, página 189.
- El pago de la atención médica o de los medicamentos que usted ya efectuó
  - Para conocer más sobre cómo solicitarnos un reembolso o que paguemos una factura que recibió, consulte el capítulo 7, sección A, página 118.
  - Si nos solicita que paguemos una factura y rechazamos cualquier parte de su solicitud, puede apelar nuestra decisión. Consulte el capítulo 9, sección 5.5, página 159 para conocer más sobre cómo presentar una apelación.

B. Cómo comunicarse con su gestor de casos

Si lo decide, puede contar con un gestor de casos para que lo ayude a coordinar su atención. Para solicitar un gestor de casos, comunicarse con su gestor de casos actual o solicitar un cambio, llame a Servicios para Miembros al 1-844-812-6896 (para TTY, marque 711), de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., y los sábados de 8:00 a. m. a 12:00 p. m. Si llama un sábado por la tarde, un domingo o un feriado, se le pedirá que deje un mensaje. Le devolverán la llamada el siguiente día hábil.

TTY	711 Esta llamada es gratuita. Este número es para personas que tienen problemas de audición o del habla. Debe tener un equipo telefónico especial para llamar a esta línea. El horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes, y de 8:00 a. m. a 12:00 p. m., los sábados. Si llama un sábado por la tarde, un domingo o un feriado, se le pedirá que deje un mensaje. Le devolverán la llamada el siguiente día hábil.
DIRECCIÓN POSTAL	Neighborhood Health Plan of Rhode Island 910 Douglas Pike Smithfield, RI 02917
SITIO WEB	www.nhpri.org/INTEGRITY

B1. Cuándo comunicarse con su gestor de casos

- Preguntas sobre su atención médica
- Preguntas sobre cómo recibir servicios de salud conductual, transporte y servicios y apoyo a largo plazo (LTSS)

Las personas que tienen un nivel muy alto de necesidad de atención y que, de otro modo, necesitarían atención institucional, pueden ser elegibles para servicios y apoyo a largo plazo (LTSS) en sus hogares. Los LTSS son una variedad de servicios y apoyo que ayudan a las personas en edad avanzada y con discapacidad a satisfacer sus necesidades diarias de asistencia y mejorar la calidad de vida para que puedan seguir viviendo de manera segura en la comunidad.

En ocasiones, puede obtener ayuda para su atención médica diaria y sus necesidades básicas. Puede recibir estos servicios:

- Atención de enfermería especializada

- Fisioterapia
- Terapia ocupacional
- Terapia del habla
- Servicios sociales médicos
- Atención médica en el hogar
- Modificaciones en el entorno o en el hogar

C. Cómo comunicarse con la Línea de asesoramiento del personal de enfermería

Existe una Línea de asesoramiento del personal de enfermería disponible las 24 horas, los 7 días de la semana. Los enfermeros pueden ayudarlo a decidir a qué lugar es mejor acudir para recibir atención, como su médico, atención urgente o una sala de emergencias. También pueden ayudar a responder preguntas sobre sus inquietudes de salud, sus medicamentos y qué puede hacer en su hogar para cuidar de su salud.

TELÉFONO	1-844-617-0563 Esta llamada es gratuita. Está disponible las 24 horas, los 7 días de la semana. Contamos con servicios gratuitos de interpretación para personas que no hablan inglés.
TTY	711 Esta llamada es gratuita. Este número es para personas que tienen problemas de audición o del habla. Debe tener un equipo telefónico especial para llamar a esta línea. Está disponible las 24 horas, los 7 días de la semana.

C1. Cuándo comunicarse con la Línea de asesoramiento del personal de enfermería

- Preguntas sobre su atención médica

D. Cómo comunicarse con la Línea de crisis de salud conductual

La Línea de crisis de salud conductual brinda información y apoyo personales a miembros que necesitan localizar servicios de salud conductual o por uso de sustancias y acceder a estos.

TELÉFONO	1-401-443-5995 Esta llamada es gratuita. Está disponible las 24 horas, los 7 días de la semana, los 365 días del año. Contamos con servicios gratuitos de interpretación para personas que no hablan inglés.
TTY	711 Esta llamada es gratuita. Este número es para personas que tienen problemas de audición o del habla. Debe tener un equipo telefónico especial para llamar a esta línea. Está disponible las 24 horas, los 7 días de la semana, los 365 días del año.

D1. Cuándo comunicarse con la Línea de crisis de salud conductual

- Preguntas sobre servicios de salud conductual
- Preguntas sobre servicios para trastornos por uso de sustancias

E. Cómo comunicarse con el Programa Estatal de Asistencia sobre el Seguro Médico (SHIP)

El State Health Insurance Assistance Program (SHIP, Programa Estatal de Asistencia sobre el Seguro Médico) ofrece asesoramiento gratuito sobre seguro médico a las personas con Medicare. En Rhode Island, puede obtener una derivación a un consejero del SHIP si llama a The POINT.

The POINT no tiene relación con ninguna empresa de seguros o plan de salud.

TELÉFONO	1-401-462-4444
TTY	711 Este número es para personas que tienen problemas de audición o del habla. Debe tener un equipo telefónico especial para llamar a esta línea.
DIRECCIÓN POSTAL	United Way of RI, 50 Valley Street, Providence, RI 02909

E1. Cuándo hablar con un consejero del SHIP

- Preguntas sobre su seguro de salud de Medicare
  - Los consejeros del SHIP pueden responder preguntas sobre cómo cambiar a un plan nuevo y pueden ayudar con lo siguiente:
    - entender sus derechos;
    - entender sus opciones de planes;
    - presentar quejas sobre su atención médica o el tratamiento; **y**
    - resolver problemas con sus facturas.

F. Cómo comunicarse con la Organización para la Mejora de la Calidad (QIO)

Nuestro estado tiene una organización llamada KEPRO. Este es un grupo de médicos y otros profesionales de la salud que ayudan a mejorar la calidad de la atención de las personas con Medicare. KEPRO no tiene relación con nuestro plan.

TELÉFONO	1-888-319-8452 El horario de atención es de 9:00 a. m. a 5:00 p. m., de lunes a viernes, y de 11:00 a. m. a 3:00 p. m., los sábados, domingos y feriados. Está disponible un servicio de correo de voz las 24 horas.
TTY	1-855-843-4776 Este número es para personas que tienen problemas de audición o del habla. Debe tener un equipo telefónico especial para llamar a esta línea.
DIRECCIÓN POSTAL	KEPRO 5700 Lombardo Drive, Suite 100 Seven Hills, OH 44131
SITIO WEB	https://www.keproqio.com/

F1. Cuándo comunicarse con KEPRO

- Preguntas sobre su atención médica
  - Casos en los que puede presentar una queja sobre la atención que recibió:
    - Tiene un problema con la calidad de la atención.
    - Cree que su hospitalización es demasiado breve.
    - Cree que la atención médica en el hogar, la atención en un centro de enfermería especializada o los servicios del centro integral de rehabilitación para pacientes ambulatorios (CORF) son demasiado breves.

G. Cómo comunicarse con Medicare

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

La agencia federal a cargo de Medicare son los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS).

TELÉFONO	1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) Las llamadas a este número son gratuitas y está disponible las 24 horas, los 7 días de la semana.
TTY	1-877-486-2048 Esta llamada es gratuita. Este número es para personas que tienen problemas de audición o del habla. Debe tener un equipo telefónico especial para llamar a esta línea.
SITIO WEB	http://www.medicare.gov Este es el sitio web oficial de Medicare, que le brinda información actualizada sobre Medicare. También incluye información sobre hospitales, residencias para personas mayores, médicos, agencias de servicios de salud en el hogar y centros de diálisis. Incluye folletos que puede imprimir directamente desde su computadora. Para encontrar la información de contacto de Medicare en su estado, seleccione “Forms, Help & Resources” (Formularios, ayuda y recursos) y, luego, haga clic en “Phone numbers & websites” (Números de teléfono y sitios web). El sitio web de Medicare tiene la siguiente herramienta para ayudarlo a encontrar planes en su área: **Buscador de planes de Medicare:** brinda información personalizada sobre los planes de medicamentos con receta de Medicare, los planes de salud de Medicare y las pólizas de Medigap (seguro suplementario de Medicare) en su área. Seleccione “Find health & drug plans” (Buscar planes de salud y medicamentos). Si no tiene una computadora, la biblioteca local o el centro para adultos mayores puede ayudarlo a visitar este sitio web desde la computadora de ellos. O también puede llamar a Medicare al número que aparece más arriba y decirles lo que está buscando. Los representantes encontrarán la información en el sitio web, la imprimirán y se la enviarán a usted.

H. Cómo comunicarse con Medicaid de Rhode Island

Medicaid de Rhode Island ayuda con los costos de atención médica y servicios y apoyo a largo plazo para las personas con ingresos y recursos limitados.

Usted está afiliado a Medicare y Medicaid. Si tiene preguntas sobre la ayuda que recibe de Medicaid, llame a Medicaid de Rhode Island.

TELÉFONO	1-855-697-4347
TTY	711 Este número es para personas que tienen problemas de audición o del habla. Debe tener un equipo telefónico especial para llamar a esta línea.
DIRECCIÓN POSTAL	Virks Building, 3 West Road, Cranston, RI 02920
SITIO WEB	http://www.eohhs.ri.gov

I. Cómo comunicarse con RIPIN Healthcare Advocate

RIPIN Healthcare Advocate (Defensoría de Atención Médica de la RIPIN [Red de información para padres de Rhode Island]) trabaja como mediador en su nombre. Pueden responder preguntas si tiene un problema o una queja y pueden ayudarlo a entender qué hacer. RIPIN Healthcare Advocate también ayuda a las personas afiliadas en la Integrated Care Initiative de Rhode Island con los problemas de servicios o facturación. No tienen relación con nuestro plan ni con ninguna empresa de seguros o plan de salud. Sus servicios son gratuitos.

TELÉFONO	1-855-747-3224
TTY	711 Este número es para personas que tienen problemas de audición o del habla. Debe tener un equipo telefónico especial para llamar a esta línea.
DIRECCIÓN POSTAL	1210 Pontiac Avenue Cranston, RI 02920
CORREO ELECTRÓNICO	HealthcareAdvocate@ripin.org
SITIO WEB	http://ripin.org/healthcareadvocate/

J. Cómo comunicarse con The Alliance for Better Long Term Care

The Alliance for Better Long Term Care (Alianza para un Mejor Cuidado a Largo Plazo) es un programa de defensoría que ayuda a las personas a conocer sobre las residencias para personas mayores y otros entornos de atención a largo plazo. También ayuda a resolver problemas entre estos entornos y los residentes o sus familiares.

TELÉFONO	1-401-785-3340 o 1-888-351-0808
TTY	711 Este número es para personas que tienen problemas de audición o del habla. Debe tener un equipo telefónico especial para llamar a esta línea.
DIRECCIÓN POSTAL	422 Post Road, Suite 204 Warwick, RI 02888
SITIO WEB	http://www.allianceblt c.com/

K. Otros recursos

La **Línea de información del Departamento de Servicios Humanos (DHS)** brinda información general sobre el Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP, Programa de Asistencia Alimentaria Suplementaria) (antes denominado Cupones para Alimentos), Asistencia Pública General y otros programas de la agencia.

TELÉFONO	1-855-697-4347 El horario de atención es de 8:30 a. m a 4:00 p. m., de lunes a viernes.
TTY	TTY 711 Este número es para personas que tienen problemas de audición o del habla. Debe tener un equipo telefónico especial para llamar a esta línea.
SITIO WEB	http://www.dhs.ri.gov/DHSOffices/index.php

La **División de Asuntos para la Vejez de Rhode Island** brinda información a las personas mayores, sus familiares y cuidadores de Rhode Island. Algunos programas y servicios incluyen, entre otros, gestión de casos, asistencia con la calefacción, asistencia legal, servicios y apoyo a largo plazo (LTSS), y denuncia de abuso a personas mayores.

TELÉFONO	1-401-462-3000 El horario de atención es de 8:30 a. m a 4:00 p. m., de lunes a viernes.
TTY	TTY 1-401-462-0740 Este número es para personas que tienen problemas de audición o del habla. Debe tener un equipo telefónico especial para llamar a esta línea.
DIRECCIÓN POSTAL	Louis Pasteur Building, 2nd Floor 25 Howard Avenue Cranston, RI 02920
SITIO WEB	http://www.dea.ri.gov

El **Centro de Asesoramiento Legal en Discapacidad de Rhode Island (RIDLC)** es una oficina legal independiente y sin fines de lucro que está designada como el Sistema Federal para la Protección y la Defensa de Rhode Island. Brindan asistencia legal gratuita a personas con discapacidades.

TELÉFONO	1-401-831-3150 El horario de atención es de 9:00 a. m. a 5:00 p. m., de lunes a viernes.
TTY	TTY 1-401-831-5335 Este número es para personas que tienen problemas de audición o del habla. Debe tener un equipo telefónico especial para llamar a esta línea.
DIRECCIÓN POSTAL	275 Westminster Street, Suite 401 Providence, RI 02903
SITIO WEB	https://www.ridlc.org
CORREO ELECTRÓNICO	info@ridlc.org

Crossroads Rhode Island ofrece información sobre vivienda asequible a familias e individuos, servicios de educación y empleo, y servicios de emergencia las 24 horas, los 7 días de la semana.

TELÉFONO	Llame al 1-401-521-2255 las 24 horas, los 7 días de la semana.
TTY	TTY 711 Este número es para personas que tienen problemas de audición o del habla. Debe tener un equipo telefónico especial para llamar a esta línea.
DIRECCIÓN POSTAL	160 Broad Street Providence, RI 02903
SITIO WEB	https://www.crossroadsri.org

United Way of Rhode Island ofrece información gratuita y confidencial sobre asistencia con las necesidades de servicios sociales como vivienda, comida y cuidado de niños.

TELÉFONO	211 o 1-401-444-0600
TTY	TTY 711 Este número es para personas que tienen problemas de audición o del habla. Debe tener un equipo telefónico especial para llamar a esta línea.
DIRECCIÓN POSTAL	50 Valley Street Providence, RI 02909
SITIO WEB	https://www.uwri.org

Capítulo 3: Cómo usar la cobertura del plan para su atención médica y otros servicios cubiertos

Introducción

Este capítulo contiene términos y normas específicos que necesita conocer para obtener atención médica y otros servicios cubiertos con Neighborhood INTEGRITY. También le explica sobre su gestor de casos, cómo obtener atención de diferentes tipos de proveedores y en ciertas situaciones especiales (como de proveedores y farmacias fuera de la red), qué hacer cuando le facturan directamente por servicios cubiertos por nuestro plan, y las normas para adquirir equipos médicos duraderos (DME). Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo del *Manual del miembro*.

Índice

A. Información sobre “servicios”, “servicios cubiertos”, “proveedores” y “proveedores de la red” 33

B. Normas para obtener atención médica, salud conductual y servicios y apoyo a largo plazo (LTSS) cubiertos por el plan 33

C. Información sobre su gestor de casos 35

C1. Qué es un gestor de casos 35

C2. Cómo puede comunicarse con su gestor de casos 35

C3. Cómo puede cambiar su gestor de casos 35

D. Atención de proveedores de atención primaria, especialistas, otros proveedores de la red y proveedores fuera de la red 35

D1. Atención de un proveedor de atención primaria 35

D2. Atención de especialistas y otros proveedores de la red 37

D3. Qué hacer cuando un proveedor abandona nuestro plan 37

D4. Cómo obtener atención de proveedores fuera de la red 38

E. Cómo obtener servicios y apoyo a largo plazo (LTSS) 38

F. Cómo obtener servicios de salud conductual 39

G. Cómo obtener atención autodirigida 40

G1. Qué es la atención autodirigida 40

G2. Quién puede recibir atención autodirigida (por ejemplo, si se limita a grupos de exención) 40

G3. Cómo obtener ayuda para emplear proveedores de cuidado personal 40

H. Cómo obtener servicios de transporte 40

I. Cómo obtener servicios cuando tiene una emergencia médica o una necesidad urgente de atención, o durante un desastre 41

I1. Atención cuando tiene una emergencia médica 41

I2. Atención urgente 42

I3. Atención durante un desastre 43

J. Qué hacer si le facturan directamente a usted por servicios cubiertos por el plan 43

J1. Qué hacer si los servicios no están cubiertos por el plan 44

K. Cobertura para los servicios de atención médica cuando participa en un estudio de investigación clínica 44

K1. Definición de “estudio de investigación clínica” 44

K2. Pago de los servicios cuando participa en un estudio de investigación clínica 45

K3. Conocer más sobre los estudios de investigación clínica 45

L. Cómo se cubren los servicios de atención médica cuando recibe atención en una institución religiosa no médica para servicios de salud 46

L1. Definición de “institución religiosa no médica para servicios de salud” 46

L2. Obtener atención en una institución religiosa no médica para servicios de salud 46

M. Equipo médico duradero (DME) 48

M1. DME como miembro del plan 48

M2. Propiedad del DME cuando cambia a Original Medicare o Medicare Advantage 48

A. Información sobre “servicios”, “servicios cubiertos”, “proveedores” y “proveedores de la red”

Los servicios son la atención médica, los servicios y el apoyo a largo plazo (LTSS), los suministros, la salud conductual, los medicamentos con receta y de venta libre, los equipos y otros servicios. Los servicios cubiertos son cualquiera de estos servicios que paga nuestro plan. La atención médica y los servicios y el apoyo a largo plazo cubiertos se enumeran en la Tabla de beneficios en el capítulo 4, sección D, página 50.

Los proveedores son los médicos, los enfermeros y otras personas que le brindan servicios y atención a usted. El término “proveedores” también incluye hospitales, agencias de servicios de salud en el hogar, clínicas y otros establecimientos que brindan servicios de atención médica, equipos médicos y servicios y apoyo a largo plazo.

Los proveedores de la red son proveedores que trabajan con el plan de salud. Estos proveedores han acordado aceptar nuestro pago como total. Los proveedores de la red nos facturan directamente la atención que le brindan. Cuando se atiende con un proveedor de la red, normalmente no paga nada por los servicios cubiertos. Sin embargo, si usted es elegible para recibir LTSS, es posible que deba pagar parte del costo de estos servicios. Medicaid de Rhode Island determina el importe.

B. Normas para obtener atención médica, salud conductual y servicios y apoyo a largo plazo (LTSS) cubiertos por el plan

Neighborhood INTEGRITY cubre todos los servicios cubiertos por Medicare y la mayoría de los servicios cubiertos por Medicaid de Rhode Island. Esto incluye salud conductual y servicios y apoyo a largo plazo. Sin embargo, ciertos beneficios de Medicaid seguirán estando cubiertos por Medicaid de Rhode Island, como los servicios dentales y de transporte. Podemos ayudarlo a acceder a estos servicios.

Por lo general, Neighborhood INTEGRITY pagará la atención médica y los servicios que reciba si cumple con las normas del plan. Para que nuestro plan brinde cobertura:

- La atención que recibe debe ser un **beneficio del plan**. Esto significa que debe estar incluida en la Tabla de beneficios del plan. (La tabla se encuentra en el capítulo 4, sección D, página 50 de este manual).
    - La atención debe ser **médicamente necesaria**. “Médicamente necesario” significa que usted necesita los servicios para prevenir, diagnosticar o tratar una afección relacionada con la salud; evitar que una afección relacionada con la salud empeore; o mantener su estado de salud actual. Esto incluye la atención que evita una hospitalización o el ingreso en una residencia para personas mayores. También significa que los servicios, suministros o medicamentos cumplen con los estándares aceptados de la práctica médica.

- Debe contar con un **proveedor de atención primaria (PCP)** de la red que haya ordenado la atención y le haya indicado consultar con otro proveedor. Como miembro del plan, debe elegir un proveedor de la red para que sea su PCP.
  - No necesita una derivación de su PCP para recibir atención de emergencia, atención urgente, atención médica conductual o para consultar con un proveedor de salud para la mujer. Puede recibir otros tipos de atención sin una derivación de su PCP. Para conocer más sobre esto, consulte la página 126.
  - Para saber cómo elegir un PCP, consulte la página 34.
  - **Importante:** Durante, al menos, los primeros 6 meses en los que esté afiliado a nuestro plan, puede continuar consultando a sus proveedores actuales, sin costo, si no participan en nuestra red. Esto se conoce como un “período de continuidad de la atención”. Durante los primeros 6 meses en los que esté afiliado a nuestro plan, el gestor de casos se comunicará con usted para ayudarlo a encontrar proveedores en nuestra red. Cuando finalice el período de continuidad de la atención, ya no cubriremos su atención si sigue consultando a proveedores fuera de la red.
- **Debe recibir atención de los proveedores de la red**. Por lo general, el plan no cubrirá la atención de un proveedor que no trabaja con el plan de salud. Estos son algunos casos en los que no se aplica esta norma:
  - El plan cubre la atención de emergencia o urgente que brinda un proveedor fuera de la red. Para conocer más y ver qué significa “atención de emergencia” o “atención urgente”, consulte la sección I, página 40.
  - Si necesita atención que cubre el plan, y nuestros proveedores no pueden brindársela, puede recibir la atención de un proveedor fuera de la red. Su proveedor debe presentar una autorización previa y obtener la aprobación de Neighborhood antes de que usted reciba el servicio. En este caso, cubriremos la atención sin costo para usted. Para saber cómo obtener la aprobación para ver a un proveedor fuera de la red, consulte la sección D, página 37.
  - El plan cubre los servicios de diálisis renal cuando se encuentra fuera del área de servicio durante un período breve. Puede obtener estos servicios en un centro de diálisis certificado por Medicare.
  - Cuando se une por primera vez al plan, puede continuar consultando a los proveedores actuales durante los primeros 6 meses o la duración de su plan de salud, lo que sea más largo.
  - Los servicios de planificación familiar están disponibles para usted de cualquier proveedor. No necesita autorización para estos servicios.

C. Información sobre su gestor de casos

C1. Qué es un gestor de casos

- Un gestor de casos es un especialista clínico con licencia, ya sea un enfermero registrado (RN) o un trabajador social, que lo ayuda a gestionar todos sus proveedores y servicios. Trabaja con su equipo de atención para garantizar que usted reciba la atención que necesita.

C2. Cómo puede comunicarse con su gestor de casos

- Para comunicarse con su gestor de casos, llame al 1-844-812-6896 (para TTY, marque 711), de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., y los sábados de 8:00 a. m. a 12:00 p. m. Si llama un sábado por la tarde, un domingo o un feriado, se le pedirá que deje un mensaje. Le devolverán la llamada el siguiente día hábil. Esta llamada es gratuita.

C3. Cómo puede cambiar su gestor de casos

- Puede cambiar a su gestor de casos en cualquier momento llamando al 1-844-812-6896 (para TTY, marque 711), de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., y los sábados de 8:00 a. m. a 12:00 p. m. Si llama un sábado por la tarde, un domingo o un feriado, se le pedirá que deje un mensaje. Le devolverán la llamada el siguiente día hábil. Esta llamada es gratuita.

D. Atención de proveedores de atención primaria, especialistas, otros proveedores de la red y proveedores fuera de la red

D1. Atención de un proveedor de atención primaria

Debe elegir a un proveedor de atención primaria (PCP) para que brinde y gestione su atención.

Definición de "PCP" y qué hace un PCP por usted

Su proveedor de atención primaria (PCP) es su principal proveedor y será responsable de brindarle muchos de los servicios preventivos y de atención primaria. Su PCP formará parte de su equipo de atención. Su PCP lo ayudará con lo siguiente:

- Elaborar su plan de atención
- Determinar sus necesidades de atención
- Recomendar o solicitar muchos de los servicios y artículos que necesita
- Obtener las autorizaciones previas de su equipo de atención o Neighborhood INTEGRITY, según sea necesario

- Coordinar su atención

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

- Medicina familiar
- Medicina interna
- Medicina general
- Geriatría
- Ginecología
- Enfermero especializado certificado (CNP)
- Médico auxiliar (PA)
- Partera certificada

No puede seleccionar una clínica (clínica de salud rural [RHC] o centro de salud federalmente calificado [FQHC]) como su proveedor de atención primaria, pero, si el proveedor que selecciona trabaja en una clínica y cumple con los criterios, puede ser su proveedor de atención primaria.

Su elección de un PCP

Puede elegir a cualquier proveedor de atención primaria en nuestra red que acepte pacientes nuevos. Para encontrar una lista de los proveedores participantes, visite nuestro sitio web www.nhpri.org/INTEGRITY. Comuníquese con Servicios para Miembros si necesita ayuda para encontrar un PCP participante en su área.

Si ya ha elegido a un PCP y ese proveedor no aparece en su tarjeta de identificación del miembro, llame a Servicios para Miembros para solicitar este cambio al 1-844-812-6896 (para TTY, marque 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., y los sábados, de 8:00 a. m. a 12:00 p. m. Si llama un sábado por la tarde, un domingo o un feriado, se le pedirá que deje un mensaje. Le devolverán la llamada el siguiente día hábil. Esta llamada es gratuita.

Opción para cambiar su PCP

Puede cambiar su PCP por cualquier motivo y en cualquier momento durante el año. Además, es posible que su PCP abandone la red de nuestro plan. Podemos ayudarlo a encontrar un PCP nuevo si el que tiene ahora abandona nuestra red.

Si desea cambiar su PCP, llame a Servicios para Miembros al 1-844-812-6896 (para TTY, marque 711), de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., y los sábados de 8:00 a. m. a 12:00 p. m. Si llama un sábado por la tarde, un domingo o un feriado, se le pedirá que deje un mensaje. Le devolverán la llamada el siguiente día hábil. Esta llamada es gratuita.

Cambiaremos su PCP a partir de la fecha de la solicitud y le enviaremos una nueva tarjeta de identificación del miembro por correo postal.

D2. Atención de especialistas y otros proveedores de la red

Un especialista es un proveedor que brinda atención médica para una enfermedad o una parte del cuerpo en particular. Hay muchos tipos de especialistas. Estos son algunos ejemplos:

- Los oncólogos atienden a pacientes con cáncer.
- Los cardiólogos atienden a pacientes con problemas cardíacos.
- Los ortopedistas atienden a pacientes con problemas óseos, articulares o musculares.

Es muy importante que hable con su PCP antes de consultar con un especialista. Neighborhood no le exige una derivación para consultar con especialistas. Sin embargo, debe mantener a su PCP y gestor de casos informados sobre cualquier cambio en su salud.

Después de consultar con un especialista, este puede indicar otros servicios o medicamentos que pueden requerir autorización previa. Una autorización previa significa que el miembro debe obtener la aprobación del plan antes de recibir un servicio o medicamento específicos, o antes de consultar con un proveedor fuera de la red. Por lo general, su proveedor le enviará a Neighborhood una carta o un formulario que explica la necesidad del servicio o medicamento. Para conocer más, consulte la Tabla de beneficios en el capítulo 4.

La selección del PCP no lo limita a especialistas u hospitales específicos. Si necesita ayuda para encontrar un especialista, puede preguntarle a su PCP o visitar nuestro sitio web en www.nhpri.org/INTEGRITY para ver nuestro Directorio de proveedores y farmacias. Si necesita ayuda, también puede llamar a los Servicios para Miembros al 1-844-812-6896 (para TTY, marque 711), de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., y los sábados de 8:00 a. m. a 12:00 p. m. Si llama un sábado por la tarde, un domingo o un feriado, se le pedirá que deje un mensaje. Le devolverán la llamada el siguiente día hábil. Esta llamada es gratuita.

D3. Qué hacer cuando un proveedor abandona nuestro plan

Un proveedor de la red al que está consultando puede abandonar nuestro plan. Si uno de sus proveedores abandona nuestro plan, usted tiene ciertos derechos y protecciones que se resumen a continuación:

- Si bien nuestra red de proveedores puede cambiar durante el año, debemos brindarle acceso ininterrumpido a la atención de una amplia red de proveedores calificados.
- Nos esforzaremos de buena fe para avisarle con al menos 30 días de anticipación para que pueda tener tiempo de seleccionar un proveedor nuevo.

- Lo ayudaremos a seleccionar un nuevo proveedor calificado para que continúe gestionando sus necesidades de atención médica.
- Si está bajo tratamiento médico, tiene el derecho a pedir que el tratamiento médicamente necesario que está recibiendo no se interrumpa, y nosotros trabajaremos para garantizarlo.
- Si cree que no hemos reemplazado su proveedor anterior con un proveedor calificado o que su atención no se está gestionando correctamente, tiene el derecho a presentar un reclamo o una apelación (consulte el capítulo 9 para obtener información sobre cómo presentar reclamos y apelaciones).

Si sabe que uno de sus proveedores abandonará nuestro plan, contáctenos para que podamos ayudarlo a encontrar un proveedor nuevo y a gestionar su atención. Llame a los Servicios para Miembros al 1-844-812-6896 (para TTY, marque 711), de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., y los sábados de 8:00 a. m. a 12:00 p. m. Si llama un sábado por la tarde, un domingo o un feriado, se le pedirá que deje un mensaje. Le devolverán la llamada el siguiente día hábil. Esta llamada es gratuita.

D4. Cómo obtener atención de proveedores fuera de la red

Si un especialista no se encuentra en nuestra red, su PCP u otro proveedor de atención médica deberá contactarnos para obtener la autorización para su consulta con el especialista fuera de la red. Nuestro equipo de médicos clínicos revisará todas las solicitudes de autorización previa. Si el servicio no está disponible dentro de la red del plan, su solicitud se aprobará. Pueden aplicarse ciertas limitaciones a la aprobación, como un límite en la cantidad de consultas. Si los servicios de especialidad están disponibles dentro de la red del plan, puede denegarse la solicitud de los servicios. Siempre tiene el derecho de apelar.

Si consulta con un proveedor fuera de la red, este debe ser elegible para participar en Medicare o Medicaid.

- No podemos pagarle a un proveedor que no sea elegible para participar en Medicare o Medicaid.
- Si consulta con un proveedor que no es elegible para participar en Medicare o Medicaid, usted debe pagar el costo total de los servicios que recibe.
- Los proveedores deben decirle si no son elegibles para participar en Medicare o Medicaid.

E. Cómo obtener servicios y apoyo a largo plazo (LTSS)

Los servicios y el apoyo a largo plazo (LTSS) son beneficios que ayudan a satisfacer sus necesidades diarias de asistencia y a mejorar su calidad de vida. Los LTSS pueden ayudarlo con las tareas diarias

como bañarse, vestirse, hacer las compras, lavar la ropa, trasladarse y tomar los medicamentos. La mayoría de estos servicios se brindan a domicilio o en su comunidad, pero también podrían prestarse en una residencia para personas mayores o en un hospital. Como miembro de Neighborhood INTEGRITY, se le realizará un examen médico inicial para determinar sus necesidades de LTSS. Los beneficios de LTSS están disponibles si reúne los requisitos. Si requiere LTSS, se incluirán en su plan de atención, el cual usted ayuda a elaborar con su equipo de atención.

Servicios disponibles:

- Atención de enfermería especializada
- Fisioterapia
- Modificaciones en el entorno (adaptaciones de accesibilidad en el hogar)
- Atención de relevo
- Servicios de asistente doméstico
- Coordinación/servicios de transición

Si necesita asistencia para recibir estos servicios, comuníquese con su gestor de casos, quien lo ayudará a determinar si es elegible para la atención a largo plazo de Medicaid de Rhode Island. Para comunicarse con el gestor de casos, llame a los Servicios para Miembros al 1-844-812-6896 (para TTY, marque 711), de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., y los sábados de 8:00 a. m. a 12:00 p. m. Si llama un sábado por la tarde, un domingo o un feriado, se le pedirá que deje un mensaje. Le devolverán la llamada el siguiente día hábil. Esta llamada es gratuita.

F. Cómo obtener servicios de salud conductual

Los servicios de salud conductual están disponibles para todos los miembros de Neighborhood INTEGRITY. Los servicios de salud mental y por uso de sustancias se llaman “servicios de salud conductual”. Optum™ es el gestor de la red y los beneficios de salud conductual para Neighborhood Health Plan of Rhode Island.

Como miembro de Neighborhood INTEGRITY, se le realizará un examen médico inicial para determinar sus necesidades de salud conductual. Si requiere los servicios de salud conductual o si podría beneficiarse de estos, se incluirán en su plan de atención, el cual usted ayuda a elaborar con su equipo de atención.

- ➢ Si tiene un problema o una crisis de salud conductual, llame a la Línea de crisis de salud conductual al1-401-443-5995 (para TTY, marque 711), las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY pueden llamar al 711. Esta llamada es gratuita.

G. Cómo obtener atención autodirigida

G1. Qué es la atención autodirigida

- La opción de contratar a sus propios asistentes de cuidado personal (PCA) se conoce como “atención autodirigida”. Si elige autodirigir su atención, usted o una persona designada por usted será responsable de seleccionar, contratar, programar, capacitar y, si es necesario, despedir a su PCA. La autodirección de los servicios de PCA es voluntaria. Los afiliados deciden en qué medida les gustaría autodirigir su atención.

G2. Quién puede recibir atención autodirigida (por ejemplo, si se limita a grupos de exención)

- Los miembros que reciben servicios y apoyo a largo plazo (LTSS) tienen la opción de obtener atención autodirigida.

Para autodirigir su atención, comuníquese con el gestor de casos llamando a los Servicios para Miembros al 1-844-812-6896 (para TTY, marque 711), de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., y los sábados de 8:00 a. m. a 12:00 p. m. Si llama un sábado por la tarde, un domingo o un feriado, se le pedirá que deje un mensaje. Le devolverán la llamada el siguiente día hábil.

G3. Cómo obtener ayuda para emplear proveedores de cuidado personal

- El sitio web de Rewarding Work es un recurso en línea que ayuda a los miembros que participan en la atención autodirigida a encontrar proveedores de cuidado personal disponibles para contratarlos. Para obtener más información, visite www.RewardingWork.org.

H. Cómo obtener servicios de transporte

Puede ser elegible para un pase de autobús con tarifa reducida de la Autoridad de Transporte Público de Rhode Island (RIPTA). Para obtener un pase de autobús con tarifa reducida de la RIPTA, diríjase a la Oficina de Identificación de la RIPTA, que está ubicada en One Kennedy Plaza, Providence, RI 02903, o a la Oficina de Atención al Cliente de la RIPTA, que se encuentra en 705 Elmwood Avenue, Providence, RI 02907. Comuníquese con la RIPTA al 1-401-784-9500 si desea recibir más información o visite https://www.ripta.com/reducedfareprogram.

Si no puede usar un pase de autobús de la RIPTA, Medicaid de Rhode Island cubre los servicios de transporte que no sean de emergencia. Si necesita transporte en una situación que no es de emergencia, llame al 1-855-330-9131 (para TTY, marque 1-866-288-3133) o comuníquese con Neighborhood INTEGRITY al 1-844-812-6896 (para TTY, marque 711). Puede solicitar transporte para recibir atención de urgencia las 24 horas, los 7 días de la semana. El transporte para recibir atención que no es de urgencia debe programarse con una anticipación de al menos dos días hábiles antes de la cita.

En casos de emergencia, debe llamar al 911 para recibir transporte de emergencia y acudir a la sala de emergencia o al hospital más cercanos.

I. Cómo obtener servicios cuando tiene una emergencia médica o una necesidad urgente de atención, o durante un desastre

I1. Atención cuando tiene una emergencia médica

Definición de "emergencia médica"

Una emergencia médica es una afección con síntomas como dolor intenso o una lesión grave. La afección es tan grave que, si no se recibe atención médica de inmediato, usted o cualquier persona con conocimiento promedio de salud y medicina podría esperar alguno de los siguientes resultados:

- riesgo grave a su salud o la de su hijo no nacido;
- grave daño a las funciones corporales;
- falla grave en cualquier órgano o parte del cuerpo;
- en el caso de una embarazada en trabajo de parto activo, en estas situaciones:
  - poco tiempo para su traslado seguro a otro hospital antes del parto;
  - posible peligro para su salud o seguridad, o la de su hijo no nacido, debido al traslado a otro hospital.

Qué debe hacer si tiene una emergencia médica

Si tiene una emergencia médica:

- **Busque ayuda lo más rápido posible.** Llame al 911 o acuda a la sala de emergencia o al hospital más cercanos. Pida una ambulancia si la necesita. No es necesario que obtenga la aprobación o una derivación primero de su PCP.
- **En cuanto antes, infórmele al plan sobre su emergencia.** Necesitamos hacer un seguimiento de su atención de emergencia. Usted o alguien más debe llamarnos para avisarnos sobre su atención de emergencia, por lo general, dentro de las 48 horas. Sin embargo, no deberá pagar los servicios de emergencia si se demora en avisarnos. Llame a los Servicios para Miembros al 1-844-812-6896 (para TTY, marque 711), de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., y los sábados de 8:00 a. m. a 12:00 p. m. Si llama un sábado por la tarde, un domingo o un feriado, se le pedirá que deje un mensaje. Le devolverán la llamada el siguiente día hábil.

Servicios cubiertos en una emergencia médica

Puede obtener atención de emergencia cubierta cuando lo necesite, en cualquier lugar de los Estados Unidos o sus territorios. Si necesita una ambulancia para llegar hasta la sala de emergencia, nuestro plan cubre ese servicio. Medicare, Medicaid de Rhode Island y Neighborhood INTEGRITY no cubren la atención médica de emergencia que se brinde fuera de los Estados Unidos y sus territorios. Para conocer más, consulte la Tabla de beneficios en el capítulo 4, sección D, página 50.

Si tiene una emergencia, hablaremos con los proveedores que le brindan atención de emergencia. Esos proveedores nos dirán cuándo finaliza su emergencia médica.

Después de que finalice la emergencia, puede necesitar atención de seguimiento para su recuperación. Su atención de seguimiento estará cubierta por el plan. Si recibe atención de emergencia de proveedores fuera de la red, intentaremos buscar proveedores de la red para que se encarguen de su atención lo antes posible.

Qué debe hacer si tiene una emergencia de salud conductual

Si tiene un problema o una crisis de salud conductual, llame a la Línea de crisis de salud conductual al 1-401-443-5995 (para TTY, marque 711), las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY pueden llamar al 711. Esta llamada es gratuita.

Obtener atención de emergencia si no era una emergencia

En ocasiones, puede ser difícil saber si tiene una emergencia médica o de salud conductual. Puede acudir para recibir atención de emergencia y que el proveedor diga que, en realidad, no se trataba de una emergencia. Siembre y cuando usted haya pensado razonablemente que su salud estaba en grave peligro, cubriremos la atención.

No obstante, después de que el proveedor dice que no se trataba de una emergencia, cubriremos la atención adicional solo en los siguientes casos:

- Acude a un proveedor de la red.
- O bien, la atención adicional que recibe se considera “atención urgente” y usted sigue las reglas para obtenerla. (Consulte la próxima sección).

I2. Atención urgente

Definición de “atención urgente”

La atención urgente es la atención que recibe por una enfermedad, una lesión o una afección repentinas que no son una emergencia, pero necesitan atención de inmediato. Por ejemplo, podría tener un brote de una afección existente y necesitar tratamiento.

Atención urgente cuando se encuentra dentro del área de servicio del plan

En la mayoría de las situaciones, cubriremos la atención urgente solo en los siguientes casos:

- Recibe esta atención de un proveedor de la red.
- Cumple con las demás reglas descritas en este capítulo.

Sin embargo, si no puede acudir a un proveedor de la red, cubriremos la atención urgente que reciba de un proveedor fuera de la red.

Para acceder a servicios urgentes, debe ir al centro de atención urgente más cercano que esté abierto. Si está buscando atención urgente en nuestra área de servicio, debe consultar el Directorio de proveedores y farmacias para ver la lista de centros de atención urgente en la red de nuestro plan.

Atención urgente cuando se encuentra fuera del área de servicio del plan

Cuando se encuentra fuera del área de servicio del plan, es posible que no pueda recibir atención de un proveedor de la red. En ese caso, nuestro plan cubrirá la atención urgente que reciba de cualquier proveedor.

Nuestro plan no cubre la atención urgente ni cualquier otra atención de emergencia o que no sea de emergencia que reciba fuera de los Estados Unidos.

I3. Atención durante un desastre

Si el gobernador de su estado, el secretario de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. o el presidente de los Estados Unidos declara una situación de desastre o emergencia en su área geográfica, aún tiene derecho a recibir atención de Neighborhood INTEGRITY.

Visite nuestro sitio web para conocer cómo obtener la atención necesaria durante un desastre declarado en www.nhpri.org/INTEGRITY.

Durante un desastre declarado, si no puede consultar con un proveedor de la red, le permitiremos recibir atención de proveedores fuera de la red sin costo para usted. Si no puede usar una farmacia de la red durante un desastre declarado, podrá abastecer sus medicamentos con receta en una farmacia fuera de la red. Consulte el capítulo 5 para obtener más información.

J. Qué hacer si le facturan directamente a usted por servicios cubiertos por el plan

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

No debe pagar la factura. Si lo hace, es posible que el plan no pueda reembolsarle.

Si ha pagado los servicios cubiertos o si ha recibido una factura por servicios médicos cubiertos, consulte el capítulo 7, sección A, página 118, para conocer qué debe hacer.

J1. Qué hacer si los servicios no están cubiertos por el plan

Neighborhood INTEGRITY cubre todos los servicios:

- que son médicamente necesarios;
- que se enumeran en la Tabla de beneficios del plan (consulte el capítulo 4, sección D, página 50), **y**
- que usted recibe siguiendo las reglas del plan.

Si recibe servicios que no están cubiertos por nuestro plan, **usted debe pagar el costo completo**.

Si quiere saber si pagaremos algún servicio médico o la atención, tiene el derecho a preguntarnos. También tiene el derecho de solicitar esto por escrito. Si decimos que no pagaremos sus servicios, tiene el derecho a apelar nuestra decisión.

En el capítulo 9, sección 5.1, página 147, se explica qué hacer si desea que el plan cubra un artículo o servicio médicos. También se explica cómo apelar la decisión sobre la cobertura del plan. Además, puede llamar a los Servicios para Miembros para conocer más sobre sus derechos de apelación.

Pagaremos algunos servicios hasta un cierto límite. Si supera el límite, deberá pagar el costo completo para obtener más de ese tipo de servicio. Llame a los Servicios para Miembros para conocer cuáles son los límites y cuánto le falta para alcanzarlos.

K. Cobertura para los servicios de atención médica cuando participa en un estudio de investigación clínica

K1. Definición de “estudio de investigación clínica”

Un estudio de investigación clínica (también llamado “ensayo clínico”) es una manera para que los médicos y otros proveedores prueben tipos nuevos de atención médica o medicamentos. Les piden a voluntarios que los ayuden con el estudio. Este tipo de estudio ayuda a los proveedores a decidir si un nuevo tipo de atención médica o medicamento funciona y es seguro.

Una vez que Medicare aprueba un estudio en el que desea participar, alguien que trabaja en el estudio se comunicará con usted. Esa persona le contará sobre el estudio y verá si usted reúne los requisitos para participar. Puede estar en el estudio siempre y cuando cumpla con las condiciones requeridas. También debe entender y aceptar lo que debe hacer para el estudio.

Mientras esté en el estudio, puede permanecer afiliado en nuestro plan. De esa manera, continúa recibiendo atención del plan que no se relacione con el estudio.

Si desea participar en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, no necesita obtener la aprobación de nosotros ni de su proveedor de atención primaria. *No* es necesario que los proveedores que le brindan atención como parte del estudio sean proveedores de la red.

Sí es necesario que nos informe antes de que comience a participar en un estudio de investigación clínica. Si tiene pensado participar en un estudio de investigación clínica, usted o su gestor de casos deben comunicarse con los Servicios para Miembros para informarnos que participará en un ensayo clínico.

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

Si se ofrece como voluntario para participar en un estudio de investigación clínica que Medicare aprueba, usted no pagará nada por los servicios cubiertos por el estudio, sino que Medicare pagará los servicios cubiertos por el plan, así como también los costos habituales en relación con su atención. Una vez que comienza a participar en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, usted tiene cobertura para la mayoría de los artículos y servicios que obtiene como parte del estudio. Esto incluye lo siguiente:

- habitación y comida para una hospitalización que Medicare pagaría incluso si no participara en un estudio;
- una operación u otro procedimiento médico que sea parte del estudio de investigación;
- tratamiento de cualquier efecto secundario o complicación de la nueva atención.

Si participa en un estudio que Medicare **no ha aprobado**, usted deberá pagar cualquier costo por su participación.

K3. Conocer más sobre los estudios de investigación clínica

Para conocer más sobre cómo unirse a un estudio de investigación clínica, puede leer la publicación “Medicare & Clinical Research Studies” (Medicare y los estudios de investigación clínica) en el sitio web de Medicare (https://www.medicare.gov/Pubs/pdf/02226-Medicare-and-Clinical- Research-Studies.pdf). También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

L. Cómo se cubren los servicios de atención médica cuando recibe atención en una institución religiosa no médica para servicios de salud

L1. Definición de "institución religiosa no médica para servicios de salud"

Una institución religiosa no médica para servicios de salud es un lugar que brinda atención que normalmente recibiría en un hospital o en un centro de enfermería especializada. Si recibir atención en un hospital o en un centro de enfermería especializada va en contra de sus creencias religiosas, cubriremos la atención en una institución religiosa no médica para servicios de salud.

Puede elegir recibir atención médica en cualquier momento y por cualquier motivo. Este beneficio es solo para los servicios como paciente internado de la Parte A de Medicare (servicios de salud no médicos). Medicare solo pagará los servicios de salud no médicos que brinden instituciones religiosas no médicas para servicios de salud.

L2. Obtener atención en una institución religiosa no médica para servicios de salud

Para obtener atención en una institución religiosa no médica para servicios de salud, debe firmar un documento legal que explica que usted se opone a recibir tratamiento médico que sea "no esperado".

- El tratamiento médico "no esperado" es cualquier atención voluntaria y no exigida por ninguna ley federal, estatal o local.
- El tratamiento médico "esperado" es cualquier atención no voluntaria y exigida por las leyes federales, estatales o locales.

Para tener cobertura del plan, la atención que recibe de una institución religiosa no médica para servicios de salud debe cumplir con las siguientes condiciones:

- El centro que brinda la atención debe estar certificado por Medicare.
- La cobertura del plan para los servicios se limita a los aspectos no religiosos de la atención.
- Si recibe servicios de esta institución que se le brindan en un centro médico, se aplican las siguientes condiciones:
    - Usted debe tener una afección médica que le permitiría recibir los servicios cubiertos para la atención en hospital como paciente internado o la atención en un centro de enfermería especializada.
    - Debe recibir la aprobación de nuestro plan antes de ser admitido en el centro médico; de lo contrario, su hospitalización no estará cubierta.

La cobertura de hospital como paciente internado es ilimitada. La cobertura se basa en la necesidad médica y requiere autorización previa. Para conocer más sobre la cobertura de hospital como paciente internado, consulte la Tabla de beneficios en el capítulo 4.

M. Equipo médico duradero (DME)

M1. DME como miembro del plan

“DME” abarca ciertos artículos indicados por un proveedor para que use en su propio hogar. Algunos ejemplos de estos artículos son sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para la diabetes, camas de hospital indicadas por un proveedor para su uso en el hogar, bombas de infusión intravenosa (IV), dispositivos generadores de voz, equipos y suministros de oxígeno, nebulizadores y andadores.

Siempre tendrá la propiedad de ciertos artículos, como las prótesis.

En esta sección, analizamos el DME que debe alquilar. Como miembro de Neighborhood INTEGRITY, por lo general, no tendrá la propiedad del DME, independientemente de cuánto tiempo lo alquile.

En ciertas situaciones, transferiremos la propiedad del DME a usted. Llame a los Servicios para Miembros para conocer los requisitos que debe cumplir y los documentos que necesita presentar.

M2. Propiedad del DME cuando cambia a Original Medicare o Medicare Advantage

En el programa Original Medicare, las personas que alquilan ciertos tipos de DME tienen su propiedad después de los 13 meses. En un plan de Medicare Advantage, el plan puede establecer la cantidad de meses que las personas deben alquilar ciertos tipos de DME antes de tener su propiedad.

Nota: Puede encontrar las definiciones de “Original Medicare” y “planes de Medicare Advantage” en el capítulo 12. También puede encontrar información sobre estos planes en el manual *Medicare y usted 2019*. Si no recibe una copia de este folleto, puede obtenerla en el sitio web de Medicare (http://www.medicare.gov), o bien llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Tendrá que realizar 13 pagos seguidos según Original Medicare o la cantidad de pagos seguidos que establezca el plan de Medicare Advantage para tener la propiedad del DME en los siguientes casos.

- No comenzó a tener la propiedad del DME mientras estaba en nuestro plan.
- Usted deja nuestro plan y recibe sus beneficios de Medicare fuera de cualquier plan de salud en el programa Original Medicare o un plan de Medicare Advantage.

Si realizó pagos para el DME según Original Medicare o un plan de Medicare Advantage antes de unirse a nuestro plan, **esos pagos a Original Medicare o al plan de Medicare Advantage no se tendrán en cuenta para los pagos que necesita hacer después de dejar nuestro plan**.

- Tendrá que realizar 13 pagos nuevos seguidos según Original Medicare o la cantidad de pagos nuevos seguidos que establezca el plan de Medicare Advantage para tener la propiedad del artículo.

- No se aplican excepciones a esta regla cuando regresa a Original Medicare o a un plan de Medicare Advantage.

Capítulo 4: Tabla de beneficios

Introducción

Este capítulo le explica los servicios que Neighborhood INTEGRITY cubre y cualquier restricción o límite en esos servicios. También explica los beneficios que no cubre nuestro plan. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo del *Manual del miembro*.

Índice

A. Sus servicios cubiertos 51

B. Reglas contra los proveedores que le cobran los servicios 51

C. Tabla de beneficios de nuestro plan 51

D. La Tabla de beneficios 53

E. Beneficios cubiertos fuera de Neighborhood INTEGRITY 93

E1. Cuidado paliativo 93

E2. Servicios dentales 93

E3. Transporte que no es de emergencia 94

E4. Servicios residenciales para personas con discapacidad intelectual y del desarrollo 94

F. Beneficios no cubiertos por Neighborhood INTEGRITY, Medicare ni Medicaid de Rhode Island 94

A. Sus servicios cubiertos

Este capítulo le explica qué servicios paga Neighborhood INTEGRITY. También puede conocer los servicios que no están cubiertos. La información sobre los beneficios de medicamentos se encuentra en el capítulo 5. Este capítulo también explica los límites sobre algunos servicios.

Si usted recibe o comienza a ser elegible para recibir los servicios y el apoyo a largo plazo (LTSS), es posible que deba pagar parte del costo de estos servicios. Medicaid de Rhode Island determina este importe. Si no recibe o no es elegible para recibir los LTSS, usted no paga nada por los servicios cubiertos, siempre y cuando cumpla con las reglas del plan. Consulte el capítulo 3, sección B, página 32 para obtener más detalles sobre las reglas del plan.

Si necesita ayuda para entender qué servicios están cubiertos, llame a su gestor de casos o a los Servicios para Miembros al 1-844-812-6896 (para TTY, marque 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., y los sábados de 8:00 a. m. a 12:00 p. m. Si llama un sábado por la tarde, un domingo o un feriado, se le pedirá que deje un mensaje. Le devolverán la llamada el siguiente día hábil.

B. Reglas contra los proveedores que le cobran los servicios

No permitimos que los proveedores de Neighborhood INTEGRITY le facturen por los servicios cubiertos. Les pagamos directamente a nuestros proveedores y lo protegemos de cualquier cargo. Esto se aplica incluso si le pagamos al proveedor menos de lo que este cobra por un servicio.

Nunca debería recibir una factura de un proveedor por los servicios cubiertos. Si recibe una factura, consulte el capítulo 7, sección A, página 118, o bien llame a los Servicios para Miembros. La única excepción a esto es si usted recibe LTSS y Medicaid de Rhode Island dice que usted debe pagar parte del costo de estos servicios.

C. Tabla de beneficios de nuestro plan

La Tabla de beneficios le indica qué servicios paga el plan. Enumera las categorías de servicios en orden alfabético y explica los servicios cubiertos.

Pagaremos los servicios enumerados en la Tabla de beneficios solo cuando se cumplan las siguientes reglas. Salvo que esté recibiendo o sea elegible para recibir servicios y apoyo a largo plazo (LTSS), no paga nada por los servicios enumerados en la Tabla de beneficios, siempre y cuando cumpla con los requisitos de cobertura que se describen más abajo. Si recibe o comienza a ser elegible para recibir LTSS, es posible que deba pagar parte del costo de estos servicios. Medicaid de Rhode Island determina este importe.

- Los servicios cubiertos de Medicare y Medicaid de Rhode Island deben brindarse de acuerdo con las reglas establecidas por Medicare y Medicaid de Rhode Island.

- Los servicios (incluidos la atención médica, los servicios, los suministros, los equipos y los medicamentos) deben ser médicamente necesarios. “Médicamente necesarios” significa que usted necesita servicios médicos, quirúrgicos o de otra índole para prevenir, diagnosticar o tratar una afección médica o para mantener su estado de salud actual. Esto incluye la atención que evita una hospitalización o el ingreso en una residencia para personas mayores. También significa que los servicios, suministros o medicamentos cumplen con los estándares aceptados de la práctica médica. Entre los servicios médicamente necesarios, se incluyen los servicios para evitar que una afección médica empeore.

- Recibe su atención de un proveedor de la red. Un proveedor de la red es un proveedor que trabaja con el plan de salud. En la mayoría de los casos, el plan no pagará la atención que recibe de un proveedor fuera de la red. En el capítulo 3, sección B, página 32, puede encontrar más información sobre el uso de proveedores dentro y fuera de la red.

- Tiene un proveedor de atención primaria (PCP) o un equipo de atención que brinda y gestiona su atención.

- Algunos de los servicios enumerados en la Tabla de beneficios están cubiertos solo si su médico u otro proveedor de la red obtiene primero nuestra aprobación. Esto se llama “autorización previa”. Los servicios cubiertos que necesitan autorización previa están marcados en la Tabla de beneficios con un asterisco (*).

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

D. La Tabla de beneficios

Servicios que paga nuestro plan		Qué debe pagar usted
🍎	**Prueba de detección de aneurisma aórtico abdominal** El plan pagará una sola prueba de detección con ultrasonido para las personas en riesgo. El plan solo cubre esta prueba de detección si tiene ciertos factores de riesgo y si recibe una derivación de su médico, médico auxiliar, enfermero practicante o enfermero clínico especialista.	$0
	Aborto* El plan no pagará el aborto, salvo en caso de violación o incesto, o si el embarazo supone un peligro para la vida de la madre. *** Necesita una autorización previa.**	$0
	Servicios diurnos para adultos* El plan pagará los servicios diurnos para adultos. El plan cubre dos niveles de servicios diurnos para adultos: nivel básico y nivel superior de servicio. Ejemplos de servicios diurnos para adultos: • Actividades sociales y recreativas • Comidas • Enfermería y atención de heridas *** Es posible que necesite una autorización previa.**	$0
🍎	**Prueba de detección y asesoramiento por abuso de alcohol** El plan pagará la prueba de detección por abuso de alcohol. Si el resultado de esta prueba es positivo, el plan cubre sesiones de asesoramiento con un proveedor o profesional calificados.	$0

Servicios que paga nuestro plan		Qué debe pagar usted
	Servicios de ambulancia* Los servicios de ambulancia cubiertos incluyen servicios de ambulancia aérea de ala fija o de ala rotativa y terrestre. La ambulancia lo llevará hasta el lugar más cercano que puede brindarle atención. Su afección debe ser tan grave que otras maneras de traslado hasta un lugar de atención podrían poner en peligro su vida o su salud. Los servicios de ambulancia para otros casos deben ser aprobados por el plan. En los casos que no sean emergencias, el plan puede pagar una ambulancia. Su afección debe ser tan grave que otras maneras de traslado hasta un lugar de atención podrían poner en peligro su vida o su salud. *** Es posible que necesite una autorización previa para el transporte en ambulancia que no sea de emergencia.**	$0
	Consulta anual de bienestar El plan pagará un control anual una vez cada 12 meses. Este control se realiza para elaborar o actualizar un plan de prevención según sus factores de riesgo actuales.	$0
	Medición de la masa ósea El plan pagará ciertos procedimientos para los miembros que reúnen los requisitos (por lo general, alguien con riesgo de perder masa ósea o de tener osteoporosis). Estos procedimientos identifican la masa ósea, detectan pérdida ósea o determinan la calidad ósea. El plan también pagará para que un proveedor observe los resultados y dé sus comentarios.	$0
	Prueba de detección de cáncer de mama (mamografías) El plan pagará las mamografías y los exámenes clínicos de cáncer.	$0

Servicios que paga nuestro plan		Qué debe pagar usted
	Servicios de rehabilitación cardíaca (del corazón) El plan pagará los servicios de rehabilitación cardíaca como ejercicio, educación y asesoramiento. Los miembros deben cumplir con ciertas condiciones y tener una orden del proveedor. El plan también cubre los programas de rehabilitación cardíaca intensiva, que son más intensos que los programas de rehabilitación cardíaca estándares.	$0
	Consultas para disminuir el riesgo de enfermedades cardiovasculares (del corazón) (terapia para enfermedades cardíacas) El plan paga las consultas con su proveedor de atención primaria para ayudar a disminuir el riesgo de enfermedades cardíacas. Durante esta consulta, el proveedor puede realizar lo siguiente: • analizar el uso de aspirina; • controlarle la presión arterial; o • darle consejos para asegurarse de que se esté alimentando bien.	$0
	Pruebas de enfermedades cardiovasculares (del corazón) El plan paga los análisis de sangre para detectar enfermedades cardiovasculares. Estos análisis de sangre también detectan fallas debido al alto riesgo de una enfermedad cardíaca.	$0

Servicios que paga nuestro plan		Qué debe pagar usted
	Terapias alternativas del plan de atención* El plan pagará los servicios que su equipo de atención haya identificado en su plan de atención individual. Ejemplos de estos servicios: • Acupuntura • Servicios quiroprácticos • Servicios de asistente doméstico • Masoterapia • Envío de comidas hasta su hogar • Clases de meditación • Yoga *** Es posible que necesite una autorización previa.**	$0
	Prueba de detección de cáncer vaginal y de cuello de útero El plan pagará las pruebas de Papanicolaou y los exámenes pélvicos.	$0
	Servicios quiroprácticos* El plan pagará los siguientes servicios: • Ajustes de la columna vertebral para corregir la alineación *** Necesita una autorización previa.**	$0

Servicios que paga nuestro plan		Qué debe pagar usted
	Prueba de detección de cáncer colorrectal Lo que paga el plan: • Sigmoidoscopia flexible (o enema de bario de detección) • Prueba de sangre oculta en materia fecal • Colonoscopia de detección (o enema de bario de detección) • Prueba de sangre oculta en materia fecal con guayacol o prueba inmunoquímica fecal, cada 12 meses o según sea médicamente necesario • Prueba de detección de cáncer colorrectal basado en el ADN, cada 3 años o según sea médicamente necesario	$0
	Asesoramiento para dejar de fumar o de usar tabaco Si consume tabaco, el plan pagará el asesoramiento personal para ayudarlo a dejar de fumar o de usar tabaco. • El plan también pagará el asesoramiento y apoyo telefónicos.	$0
	Prueba de detección de depresión El plan pagará la prueba de detección de depresión. La prueba de detección debe realizarse en un entorno de atención primaria que pueda brindar tratamiento de seguimiento y derivaciones.	$0
	Prueba de detección de diabetes El plan pagará la prueba de detección de diabetes (incluye las pruebas de glucosa en ayuno).	$0

Servicios que paga nuestro plan		Qué debe pagar usted

	Capacitación, servicios y suministros para el autocontrol de la diabetes*
	
	El plan pagará los siguientes servicios para todas las personas con diabetes (ya sea que usen o no insulina):
	
	• Suministros para controlar la glucosa en sangre, como los siguientes:
	  ○ Un monitor de glucosa en sangre
	  ○ Tiras reactivas para la prueba de glucosa en sangre
	  ○ Dispositivos con lancetas y lancetas
	  ○ Soluciones de control de la glucosa para corroborar la precisión de las tiras reactivas y los monitores
	
	• Para las personas con diabetes y enfermedad de pie diabético grave, el plan pagará lo siguiente:
	  ○ Un par de zapatos terapéuticos moldeados a medida (incluidas las plantillas) y dos pares adicionales de plantillas cada año calendario
	  ○ Un par de zapatos profundos y tres pares de plantillas cada año (no se incluyen las plantillas extraíbles no hechas a medidas que se entregan con esos zapatos)
	
	El plan también paga la adaptación de los zapatos terapéuticos moldeados a medida o los zapatos profundos.
	
	• El plan pagará la capacitación para ayudarlo a controlar la diabetes en algunos casos.
	
	Puede haber limitaciones en las marcas y los suministros cuando se obtienen en una farmacia.
	
	*** Es posible que necesite una autorización previa.**
		$0

Servicios que paga nuestro plan		Qué debe pagar usted
	Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados* (Para conocer la definición de “equipo médico duradero [DME]”, consulte el capítulo 12, página 205 de este manual). Ejemplos de DME cubiertos: • Sillas de ruedas • Muletas • Sistemas de colchones eléctricos • Suministros para la diabetes • Camas de hospital indicadas por un proveedor para su uso en el hogar • Bombas de infusión intravenosa • Dispositivos generadores de voz • Equipos y suministros de oxígeno • Nebulizadores • Andadores Se pueden cubrir otros artículos. Junto con este Manual del miembro, le enviamos la Lista de DME de Neighborhood INTEGRITY, que enumera las marcas y los fabricantes de DME que pagamos. La lista más reciente de las marcas, los fabricantes y los distribuidores también se encuentra disponible en nuestro sitio web www.nhpri.org/INTEGRITY. **Este beneficio continúa en la próxima página.**	$0

Servicios que paga nuestro plan		Qué debe pagar usted
	Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados (continuación)* Por lo general, Neighborhood INTEGRITY cubre cualquier DME cubierto por Medicare y Medicaid de Rhode Island de las marcas y de los fabricantes en esta lista. No cubriremos otras marcas y fabricantes, salvo que su médico u otro proveedor nos diga que usted necesita esa marca. Sin embargo, si es nuevo en Neighborhood INTEGRITY y está usando una marca de DME que no se encuentra en nuestra lista, continuaremos pagando esta marca durante 90 días como máximo. Durante este tiempo, debería hablar con su proveedor para decidir qué marca es médicamente apropiada para usted después de este período de 90 días. (Si no está de acuerdo con su proveedor, puede pedirle que lo derive para obtener una segunda opinión). Si usted (o su proveedor) no está de acuerdo con la decisión de cobertura del 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 son apropiados para su afección médica. (Para obtener más información sobre el proceso de apelación, consulte el capítulo 9). *** Es posible que necesite una autorización previa.**	$0

Servicios que paga nuestro plan		Qué debe pagar usted

	Atención de emergencia
	
	La atención de emergencia abarca a los servicios que cumplen con las siguientes características:
	• Son brindados por un proveedor capacitado para ofrecer servicios de emergencia.
	• Son necesarios para tratar una emergencia médica.
	
	Una emergencia médica es una afección con dolor intenso o una lesión grave. La afección es tan grave que, si no se recibe atención médica de inmediato, cualquier persona con conocimiento promedio de salud y medicina podría esperar los siguientes resultados:
	• riesgo grave a su salud o la de su hijo no nacido;
	• grave daño a las funciones corporales;
	• falla grave en cualquier órgano o parte del cuerpo;
	• en el caso de una embarazada en trabajo de parto activo, en estas situaciones:
	  ○ poco tiempo para su traslado seguro a otro hospital antes del parto;
	  ○ posible peligro para su salud o seguridad, o la de su hijo no nacido, debido al traslado a otro hospital.
	
	El plan paga la atención de emergencia y los servicios de transporte de emergencia.
	
	La cobertura se limita a los EE. UU. y sus territorios únicamente.
		$0
		
		Si obtiene atención de emergencia en un hospital fuera de la red y necesita atención para pacientes internados después de que se estabiliza su situación de emergencia, debe volver a un hospital de la red para que su atención se siga pagando. Puede permanecer en el hospital fuera de la red para la atención como paciente internado solo si el plan aprueba la hospitalización.

Servicios que paga nuestro plan		Qué debe pagar usted
	Modificaciones en el entorno o en el hogar* El plan pagará los cambios en su hogar o vehículo para ayudarlo a vivir de manera segura en su hogar. Ejemplos de servicios cubiertos: • Barras de soporte • Sillas para la ducha • Utensilios para comer • Asientos elevados para inodoros • Rampas para sillas de ruedas • Postes verticales También se pueden cubrir otros servicios. *** Necesita una autorización previa.**	$0

Servicios que paga nuestro plan	Qué debe pagar usted
Servicios de planificación familiar Las leyes le permiten elegir cualquier proveedor para recibir ciertos servicios de planificación familiar. Esto significa que puede obtener servicios de planificación familiar de cualquier proveedor dentro o fuera de la red, clínica, hospital, farmacia u oficina de planificación familiar. El plan pagará los siguientes servicios: • Examen de planificación familiar y tratamiento médico • Análisis de laboratorio y diagnóstico de planificación familiar • Métodos de planificación familiar (anticonceptivos, parche, anillo, dispositivo intrauterino [DIU], inyecciones, implantes) • Suministros de planificación familiar con receta médica (condones, esponja, espuma, lámina, diafragma, capuchón cervical) • Asesoramiento y diagnóstico de esterilidad, y servicios relacionados • Asesoramiento y pruebas de infecciones de transmisión sexual (ITS), sida y otras afecciones relacionadas con el VIH • Tratamiento para las ITS • Esterilización voluntaria (debe tener más de 21 años y debe firmar un formulario de consentimiento federal de esterilización; además, deben pasar, al menos, 30 días, pero no más de 180 días entre la fecha que firma el formulario y la fecha de la cirugía) • Asesoramiento genético El plan también pagará otros servicios de planificación familiar. No obstante, debe consultar con un proveedor dentro de la red del plan para los siguientes servicios: • Tratamiento para el sida y otras afecciones relacionadas con el VIH, incluidos la gestión de casos médicos para las personas con VIH-sida y los servicios de gestión de casos no médicos para las personas con VIH-sida o con riesgo de contraer el VIH • Pruebas genéticas	$0

Servicios que paga nuestro plan		Qué debe pagar usted
	Programas de educación sobre salud y bienestar El plan pagará el control de enfermedades y programas de salud para ayudarlo a entender mejor su afección y sus inquietudes sobre la salud. El plan paga programas de educación grupales e individuales, incluidos los servicios de terapia nutricional y programas de control de peso cuando los ofrece un dietista con licencia. Las afecciones crónicas como el asma, la diabetes y la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) pueden ser difíciles de controlar. El plan también pagará las pruebas y los medicamentos especiales para ayudar a controlar la afección y que se mantenga sano.	$0
	Servicios de audición El plan paga los exámenes auditivos de rutina y las pruebas de audición y equilibrio que realiza su proveedor. Estas pruebas le dirán si necesita tratamiento médico. Se cubren como atención para pacientes ambulatorios cuando se reciben de un médico, audiólogo u otro proveedor calificado. El plan cubre los audífonos y las evaluaciones para ajustar los audífonos una vez cada tres años.	$0
	Prueba de detección de VIH El plan paga las pruebas y los exámenes de detección de VIH. El plan también pagará la gestión de casos médicos para las personas con VIH-sida y los servicios de gestión de casos no médicos para las personas con VIH-sida o con riesgo de contraer el VIH.	$0

Servicios que paga nuestro plan		Qué debe pagar usted
	Servicios de atención en el hogar* El plan pagará los servicios de atención personal, como la ayuda para vestirse y comer, y los servicios domésticos, como lavar la ropa y hacer las compras. Los servicios de atención en el hogar no incluyen la atención de relevo ni la atención diurna. El plan también puede pagar otros servicios que no se enumeran aquí. *** Necesita una autorización previa.**	$0
	Servicios de una agencia de atención médica en el hogar* Antes de recibir servicios de salud en el hogar, un proveedor debe decirnos que usted los necesita y deben ser brindados por una agencia de atención médica en el hogar. El plan pagará los siguientes servicios: • Servicios de tiempo completo, tiempo parcial o intermitentes de enfermería especializada, asistente de enfermería certificado y asistente de salud en el hogar • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla • Servicios médicos y sociales • Equipos y suministros médicos El plan también puede pagar otros servicios que no se enumeran aquí. *** Es posible que necesite una autorización previa.**	$0

Servicios que paga nuestro plan		Qué debe pagar usted
	Cuidado paliativo Puede obtener atención de cualquier programa de cuidados paliativos certificado por Medicare. Tiene el derecho a optar por cuidados paliativos si su proveedor y el director médico del centro determinan que su pronóstico es terminal. Esto significa que tiene una enfermedad terminal y se espera que le queden seis meses de vida o menos. Su proveedor de cuidado paliativo puede ser un proveedor que esté dentro o fuera de la red. El plan pagará lo siguiente mientras recibe servicios de cuidado paliativo: • Medicamentos para tratar los síntomas y el dolor • Atención de relevo a corto plazo • Atención en el hogar **Los servicios de cuidado paliativo y los servicios cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare se facturan a Medicare.** • Consulte la sección E1 de este capítulo para obtener más información. **Para los servicios cubiertos por Neighborhood INTEGRITY, pero que no cubre la Parte A o la Parte B de Medicare:** • Neighborhood INTEGRITY cubrirá los servicios cubiertos por el plan que no estén cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare. El plan cubrirá los servicios ya sea que estén relacionados o no con su pronóstico terminal. Usted no paga nada por estos servicios. **Este beneficio continúa en la próxima página.**	$0

Servicios que paga nuestro plan		Qué debe pagar usted
	Cuidado paliativo (continuación) **Para los medicamentos que pueden estar cubiertos por el beneficio de la Parte D de Medicare de Neighborhood INTEGRITY:** • Los medicamentos nunca están cubiertos por el centro de cuidado paliativo y nuestro plan al mismo tiempo. Para conocer más, consulte el capítulo 5, sección F3, página 107. **Nota:** Si necesita atención que no sea cuidado paliativo, debe llamar a su gestor de casos para acordar los servicios. La atención que no es cuidado paliativo es la atención que no se relaciona con su pronóstico terminal. Llame al 1-844-812-6896 (para TTY, marque 711) de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., y los sábados, de 8:00 a. m. a 12:00 p. m. Si llama un sábado por la tarde, un domingo o un feriado, se le pedirá que deje un mensaje. Le devolverán la llamada el siguiente día hábil.	$0
	Vacunas El plan pagará los siguientes servicios: • Vacuna contra la neumonía • Vacunas contra la gripe, una vez al año, en el otoño o el invierno • Vacuna contra la hepatitis B si tiene riesgo alto o intermedio de contraer hepatitis B • Otras vacunas si está en riesgo y cumplen con las reglas de cobertura de la Parte B de Medicare o de Medicaid de Rhode Island El plan pagará otras vacunas que cumplen con las reglas de cobertura de Medicaid de Rhode Island o la Parte D de Medicare. Lea el capítulo 6, sección D, página 115 para obtener más información.	$0

Servicios que paga nuestro plan		Qué debe pagar usted
	Suministros para la incontinencia* El plan pagará los siguientes suministros: • Pañales • Protectores • Toallas higiénicas *** Necesita una autorización previa.**	$0

Servicios que paga nuestro plan		Qué debe pagar usted
	Atención hospitalaria para pacientes internados*	$0
	El plan pagará la atención para pacientes internados que sea médicamente necesaria. El plan cubre los siguientes servicios: • Habitación semiprivada (o una habitación privada si es médicamente necesario) • Comidas, incluidas dietas especiales • Servicios de enfermería regular • Costos de unidades de cuidado especial, como unidades de cuidado intensivo o cuidado coronario • Medicamentos y fármacos • Análisis de laboratorio y otras pruebas de diagnóstico • Radiografías y otros servicios de radiología, como materiales y servicios técnicos • Suministros quirúrgicos y médicos necesarios • Aparatos, como sillas de ruedas • Servicios de quirófano y sala de recuperación • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla • Servicios de tratamiento por uso de sustancias como paciente internado • Sangre, incluidos el almacenamiento y la administración ○ El plan pagará la sangre completa, los glóbulos rojos concentrados y todas las demás partes de la sangre. • Servicios médicos • Trasplantes, incluidos de córnea, riñón, riñón/páncreas, corazón, hígado, pulmón, corazón/pulmón, médula ósea, células madre e intestinal/multivisceral (se pueden cubrir otros tipos de trasplantes) **Este beneficio continúa en la próxima página.**	Debe obtener aprobación del plan para continuar recibiendo atención como paciente internado en un hospital fuera de la red después de controlar su situación de emergencia.

Servicios que paga nuestro plan		Qué debe pagar usted
	Atención hospitalaria para pacientes internados (continuación)* Si necesita un trasplante, un centro de trasplantes aprobado por Medicare revisará su caso y decidirá si es candidato para un trasplante. Los proveedores de trasplante pueden ser locales o encontrarse fuera del área de servicio. Si los proveedores de trasplante locales están dispuestos a aceptar la tarifa de Medicare, puede recibir los servicios de trasplante en su área o fuera del patrón de atención para su comunidad. Si Neighborhood INTEGRITY brinda servicios de trasplante en una ubicación distante, fuera del área de servicio, y usted decide recibir el trasplante allí, acordaremos o pagaremos los costos de alojamiento y traslado para usted y un acompañante. *** Necesita una autorización previa.**	$0
	Atención de salud mental para pacientes internados* • El plan pagará los servicios de atención de salud mental que requieran hospitalización. *** Necesita una autorización previa.**	$0

Servicios que paga nuestro plan		Qué debe pagar usted
	Servicios y suministros para la enfermedad renal El plan pagará los siguientes servicios: • Servicios de educación sobre la enfermedad renal para enseñar el cuidado del riñón y ayudar a los miembros a tomar buenas decisiones sobre su atención. Debe tener enfermedad renal crónica en etapa IV y su proveedor debe derivarlo. El plan cubrirá hasta seis sesiones de servicios de educación sobre la enfermedad renal. • Los 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, sección B, página 32. • Los tratamientos de diálisis para pacientes internados si lo hospitalizan como paciente internado para recibir atención especial. • Capacitación sobre autodiálisis, incluida la capacitación para usted y cualquier persona que lo ayude con los tratamientos de diálisis en su hogar. • Equipos y suministros de diálisis en el hogar. • Ciertos servicios de apoyo a domicilio, como visitas necesarias de trabajadores capacitados de diálisis para controlar cómo realiza la diálisis en el hogar, para ayudar en emergencias y para verificar su equipo de diálisis y el suministro de agua. Su beneficio de medicamentos de la Parte B de Medicare paga algunos medicamentos para la diálisis. Para conocer más, consulte la sección “Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare” en esta tabla.	$0

Servicios que paga nuestro plan		Qué debe pagar usted
	Prueba de detección de cáncer de pulmón El plan pagará una prueba de detección de cáncer de pulmón cada 12 meses si usted cumple estos requisitos: • Tiene entre 55 y 77 años. • Asiste a una visita de asesoramiento y toma de decisiones compartidas con su médico u otro proveedor calificado. • Ha fumado al menos 1 paquete por día durante 30 años sin signos ni síntomas de cáncer de pulmón, o bien fuma ahora o ha dejado de hacerlo dentro de los últimos 15 años. Después de la primera prueba de detección, el plan pagará otra prueba de detección cada año con una orden escrita de su médico u otro proveedor calificado.	$0
	Programa de Prevención de la Diabetes de Medicare (MDPP) El plan pagará los servicios del MDPP. El MDPP está diseñado para que pueda mejorar su conducta saludable. Brinda capacitación práctica en los siguientes temas: • Cambio de la dieta a largo plazo • Mayor actividad física • Maneras de mantener la pérdida de peso y un estilo de vida sano	$0

Servicios que paga nuestro plan	Qué debe pagar usted
Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare*	$0
Estos medicamentos están cubiertos por la Parte B de Medicare. Neighborhood INTEGRITY pagará los siguientes medicamentos: • Medicamentos que, por lo general, no se aplica a usted mismo, sino que se inyectan o administran por infusión mientras recibe servicios médicos, hospitalarios para pacientes ambulatorios, del centro de cirugía ambulatoria • Medicamentos que se administra usando el equipo médico duradero (como nebulizadores) que autorizó el plan • Factores de coagulación que se autoadministra con inyección si tiene hemofilia • Medicamentos inmunosupresores si estaba inscrito en la Parte A de Medicare cuando recibió el trasplante de órgano • Medicamentos inyectables para la osteoporosis (estos medicamentos se pagan si está confinado en su hogar, tiene una fractura de hueso que un proveedor certifica que estaba relacionada con la osteoporosis posmenstrual y no puede inyectarse el medicamento usted mismo) • Antígenos • Ciertos medicamentos orales contra el cáncer y contra las náuseas • Ciertos medicamentos para la diálisis en el hogar, como heparina, el antídoto para la heparina (cuando es médicamente necesario), anestesia tópica y agentes estimuladores de la eritropoyesis (como Epogen®, Procrit®, Epoetin Alfa, Aranesp® o darbepoetina alfa) • Inmunoglobulina intravenosa para el tratamiento en el hogar de las enfermedades de inmunodeficiencia primaria En el capítulo 5 de la página 91, se explica el beneficio de medicamentos con receta para pacientes ambulatorios. También se explican las reglas que debe seguir para que se cubran los medicamentos con receta. En el capítulo 6, sección C, página 113, se explica qué paga para los medicamentos con receta para pacientes ambulatorios a través del plan. *** Necesita una autorización previa.**	

Servicios que paga nuestro plan		Qué debe pagar usted
	Atención en un centro de enfermería*	$0
	El plan pagará los siguientes servicios: • Habitación semiprivada, o una habitación privada si es médicamente necesario • Comidas, incluidas dietas especiales • Servicios de enfermería • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla • Medicamentos que recibe como parte de su plan de atención, incluidas las sustancias que están naturalmente en el cuerpo como los factores de coagulación • Sangre, incluidos el almacenamiento y la administración ○ El plan pagará la sangre completa, los glóbulos rojos concentrados y todos los demás componentes de la sangre, incluidos el almacenamiento y la administración, a partir de la primera pinta. • Suministros médicos y quirúrgicos administrados en centros de enfermería • Análisis de laboratorio realizados en centros de enfermería • Radiografías y otros servicios de radiología realizados en centros de enfermería • Servicios médicos o de proveedores El plan también pagará otros servicios que no se enumeran aquí. Por lo general, recibirá atención de los centros de la red. Sin embargo, puede recibir atención de un centro que no se encuentra en la red. Puede recibir atención de los siguientes lugares si aceptan los importes de pago de nuestro plan: • Una residencia para personas mayores o una comunidad de cuidados continuos para jubilados donde vivía antes de ir al hospital (siempre y cuando provea atención de un centro de enfermería) • Un centro de enfermería donde vive su cónyuge cuando le dan el alta del hospital *** Necesita una autorización previa.**	Si recibe atención en un centro de enfermería, es posible que tenga que pagar parte del costo de sus servicios. Medicaid de Rhode Island determina el importe.

Servicios que paga nuestro plan		Qué debe pagar usted
	Beneficio de nutrición/dieta El plan pagará la terapia de nutrición médica y el asesoramiento otorgados por un dietista con licencia para ayudarlo a controlar una afección crónica o un problema médico como diabetes, presión arterial alta, obesidad o cáncer. Además, el plan pagará la terapia de nutrición médica y el asesoramiento si está tomando un medicamento que puede afectar la capacidad del cuerpo para absorber nutrientes o su metabolismo.	$0
	Prueba de detección de obesidad y terapia para mantener el peso El plan pagará el asesoramiento para ayudarlo a adelgazar. Usted debe recibir el asesoramiento en un entorno de atención primaria. De esa manera, puede ser administrado con su plan de prevención total. Hable con su proveedor de atención primaria para conocer más sobre este beneficio.	$0
	Pruebas de diagnóstico y servicios y suministros terapéuticos para pacientes ambulatorios* El plan pagará los siguientes servicios: • Radiografías • Terapia de radiación (radio e isótopos), incluidos los materiales y suministros técnicos • Suministros quirúrgicos, como vendajes • Férulas, yesos y otros dispositivos usados para fracturas y luxaciones • Análisis de laboratorio • Sangre y almacenamiento y administración de sangre • Otras pruebas de diagnóstico para pacientes ambulatorios El plan también puede pagar otros servicios que no se enumeran aquí. *** Es posible que necesite una autorización previa.**	$0

Servicios que paga nuestro plan		Qué debe pagar usted
	Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios*	$0
	El plan paga los servicios médicamente necesarios que recibe en el departamento para pacientes ambulatorios de un hospital para el diagnóstico o el tratamiento de una enfermedad o una lesión. El plan pagará los siguientes servicios: • Servicios en un departamento de emergencias o una clínica para pacientes ambulatorios, como servicios de observación o cirugía para pacientes ambulatorios • Análisis de laboratorio y pruebas de diagnóstico facturados por el hospital • Atención de salud mental, como la atención en un programa de hospitalización parcial, si un proveedor certifica que el tratamiento para pacientes internados sería necesario sin este servicio • Radiografías y otros servicios de radiología facturados por el hospital • Suministros médicos como férulas y yesos • Pruebas de detección y servicios preventivos que se enumeran en la Tabla de beneficios • Algunos medicamentos que no puede autoadministrarse El plan también puede pagar otros servicios que no se enumeran aquí. *** Es posible que necesite una autorización previa.**	

Servicios que paga nuestro plan	Qué debe pagar usted
Atención de salud mental para pacientes ambulatorios El plan pagará los servicios de salud mental que brinden los siguientes proveedores: • Centros comunitarios de salud mental • Un psiquiatra o médico con licencia estatal • Un psicólogo clínico • Un trabajador social clínico • Un especialista en enfermería clínica • Un enfermero especializado • Un médico auxiliar • Cualquier otro profesional de salud mental calificado por Medicare o Medicaid de Rhode Island, según lo permitan las leyes estatales vigentes El plan pagará los siguientes servicios: • Servicios clínicos • Tratamiento individual, grupal y familiar • Intervención y estabilización en momentos de crisis • Servicios de emergencia • Evaluación de diagnóstico • Pruebas psicológicas • Evaluación y administración de los medicamentos • Servicios especializados para personas con enfermedades mentales graves, como los programas Integrated Health Home (Hogar de Salud Integrado) y Assertive Community Treatment (Tratamiento Asertivo Comunitario) • Tratamiento diurno/nocturno • Tratamiento intensivo para pacientes ambulatorios • Club social para personas con enfermedad mental • Tratamiento de diagnóstico dual integrado para personas con enfermedad mental y trastornos por el uso de sustancias • Tratamiento de salud mental ordenado por un tribunal El plan también puede pagar otros servicios que no se enumeran aquí.	$0

Servicios que paga nuestro plan		Qué debe pagar usted
	Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios* El plan pagará la fisioterapia, terapia ocupacional, terapia del habla, terapia del lenguaje, terapia auditiva y terapia respiratoria. Puede recibir servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios de departamentos hospitalarios para pacientes ambulatorios, consultorios de terapeutas independientes, centros integrales de rehabilitación para pacientes ambulatorios (CORF) y otros centros médicos. *** Es posible que necesite una autorización previa.**	$0
	Servicios de tratamiento por uso de sustancias como paciente ambulatorio Lo que paga el plan: • Asesoramiento por el uso de sustancias • Programas de tratamiento para el uso de opioides asistido por medicamentos, como dosis de metadona y asesoramiento y recetas para otros medicamentos como el Suboxone • Servicios de salud a domicilio del Opioid Treatment Program (OPT, Programa de Tratamiento de Opioides), que brinda recursos para los miembros dependientes a los opioides que actualmente reciben tratamiento asistido por medicamentos o que cumplen con los criterios para recibir este tratamiento • Desintoxicación con control médico en un hospital o un programa de desintoxicación • Tratamiento de diagnóstico dual integrado para personas con enfermedad mental y trastornos por el uso de sustancias • Tratamiento por el uso de sustancias ordenado por un tribunal El plan también puede pagar otros servicios que no se enumeran aquí.	$0

Servicios que paga nuestro plan		Qué debe pagar usted
	Cirugía para pacientes ambulatorios* El plan pagará la cirugía para pacientes ambulatorios y los servicios en centros hospitalarios para pacientes ambulatorios y centros de cirugía ambulatoria. *** Es posible que necesite una autorización previa.**	$0

Servicios que paga nuestro plan		Qué debe pagar usted
	Hospitalización parcial* El plan pagará la hospitalización parcial. *** Necesita una autorización previa.**	$0
	Sistema personal de respuesta en caso de emergencia (PERS) Si se identifica en su plan de salud, el plan pagará los dispositivos electrónicos para que pueda recibir ayuda en una emergencia.	$0

Servicios que paga nuestro plan		Qué debe pagar usted
	Servicios médicos o de proveedores, incluidas las visitas al consultorio médico El plan pagará los siguientes servicios: • Atención médica o servicios de cirugía médicamente necesarios que se brindan en lugares como los siguientes: ○ Consultorio médico ○ Centro certificado de cirugía ambulatoria ○ Departamento para pacientes ambulatorios de un hospital • Consultas, diagnóstico y tratamiento a cargo de un especialista • Exámenes básicos de audición y equilibrio realizados por un proveedor de atención primaria si su proveedor ordena ver si necesita tratamiento • Segunda opinión de otro proveedor de la red antes de un procedimiento médico • Atención dental y de salud bucal que no sea de rutina, incluidos los cargos del quirófano y servicios de anestesia. Los servicios cubiertos se limitan a los siguientes: ○ Cirugía de la mandíbula o estructuras relacionadas ○ Reparación de fracturas de la mandíbula o de los huesos del rostro ○ Extracción de dientes antes de tratamientos de radiación contra la neoplasia ○ Servicios que estarían cubiertos si los brinda un médico	$0
	Servicios de podiatría El plan pagará los siguientes servicios: • Diagnóstico y tratamiento médico o quirúrgico de lesiones y enfermedades del pie (como dedo en martillo o espolón de talón) • Cuidado de rutina de los pies para miembros con enfermedades que afectan las piernas, como la diabetes	$0

Servicios que paga nuestro plan		Qué debe pagar usted
	Pruebas de detección del cáncer de próstata El plan pagará los siguientes servicios: • Examen digital del recto • Prueba del antígeno prostático específico (PSA)	$0
	Prótesis y suministros relacionados* Las prótesis reemplazan una parte o una función del cuerpo en forma total o parcial. El plan pagará las siguientes prótesis: • Bolsas de colostomía y suministros relacionados con la atención de la colostomía • Marcapasos • Dispositivos ortopédicos • Zapatos ortopédicos • Brazos y piernas artificiales • Prótesis mamarias (incluido un sostén quirúrgico después de una mastectomía) El plan pagará algunos suministros relacionados con las prótesis. También pagará la reparación o el reemplazo de las prótesis. El plan ofrece cierta cobertura después de la extracción de una catarata o una cirugía de catarata. Consulte la sección “Atención de la vista” más adelante en esta sección, en la página 82, para obtener más detalles. El plan puede pagar otros servicios que no se enumeran aquí. *** Es posible que necesite una autorización previa.**	$0
	Servicios de rehabilitación pulmonar El plan pagará los programas de rehabilitación pulmonar para los miembros con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) moderada a muy grave. El miembro debe tener una orden de rehabilitación pulmonar del médico o proveedor que trata la EPOC.	$0

Servicios que paga nuestro plan		Qué debe pagar usted
	Servicios residenciales de salud mental y tratamiento por uso de sustancias* Lo que paga el plan: • Servicios residenciales de tratamiento de salud mental a corto y largo plazo • Tratamiento residencial por el uso agudo de sustancias • Tratamiento de salud mental y por uso de sustancias ordenado por un tribunal *** Es posible que necesite una autorización previa.**	$0
	Servicios para evitar una hospitalización o el ingreso a un centro de enfermería* El plan pagará una serie limitada de servicios para las personas con alto riesgo de hospitalización o ingreso a un centro de enfermería, como los siguientes: • Servicios de asistente doméstico, como preparación de las comidas y tareas domésticas de rutina • Cambios menores en su hogar, como barras de soporte, sillas para la ducha y asientos elevados para inodoros • Servicios de fisioterapia antes de una cirugía si mejorará la recuperación o reducirá el tiempo de rehabilitación • Evaluación de fisioterapia para los dispositivos o aparatos de accesibilidad en el hogar • Servicios de cuidado de relevo o temporarios *** Es posible que necesite una autorización previa.**	$0

Servicios que paga nuestro plan		Qué debe pagar usted
	Pruebas de detección de infecciones de transmisión sexual (ITS) y asesoramiento El plan pagará las pruebas de detección de clamidia, gonorrea, sífilis y hepatitis B que ordene un proveedor de atención primaria. El plan también pagará sesiones de asesoramiento conductual personal y de alta intensidad cada año para los adultos con actividad sexual y alto riesgo de contraer ITS.	$0

Servicios que paga nuestro plan		Qué debe pagar usted
	Atención en un centro de enfermería especializada (SNF)*	$0

	El plan pagará los siguientes servicios:
	• Habitación semiprivada, o una habitación privada si es médicamente necesario
	• Comidas, incluidas dietas especiales
	• Servicios de enfermería
	• Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla
	• Medicamentos que recibe como parte de su plan de atención, incluidas las sustancias que están naturalmente en el cuerpo como los factores de coagulación
	• Sangre, incluidos el almacenamiento y la administración
	  ○ El plan pagará la sangre completa, los glóbulos rojos concentrados y todos los demás componentes de la sangre, incluidos el almacenamiento y la administración, a partir de la primera pinta.
	  ○ Suministros médicos y quirúrgicos administrados en centros de enfermería
	• Análisis de laboratorio realizados en centros de enfermería
	• Radiografías y otros servicios de radiología realizados en centros de enfermería
	• Aparatos, como sillas de ruedas, que suelen brindar los centros de enfermería
	• Servicios médicos o de proveedores
	Este beneficio continúa en la próxima página.	

Servicios que paga nuestro plan		Qué debe pagar usted
	Atención en un centro de enfermería especializada (SNF) (continuación) El plan también puede pagar otros servicios que no se enumeran aquí. Por lo general, recibirá atención de los centros de la red. Sin embargo, puede recibir atención de un centro que no se encuentra en la red. Puede recibir atención de los siguientes lugares si aceptan los importes de pago de nuestro plan: • Una residencia para personas mayores o una comunidad de cuidados continuos para jubilados donde vivía antes de ir al hospital (siempre y cuando provea atención de un centro de enfermería) • Un centro de enfermería donde vive su cónyuge cuando le dan el alta del hospital *** Necesita una autorización previa.**	$0
	Equipo médico especial/dispositivos menores de asistencia* El plan pagará el equipo médico especial y los suministros para facilitarle la realización de las actividades diarias como comer y bañarse. *** Necesita una autorización previa.**	$0

Servicios que paga nuestro plan		Qué debe pagar usted
	Terapia de ejercicio supervisada (SET)* El plan pagará la SET para los miembros con enfermedad de la arteria periférica (PAD) sintomática, que tengan una derivación para SET del médico responsable del tratamiento para la PAD. Lo que paga el plan: • Hasta 36 sesiones durante un período de 12 semanas si se cumplen todos los requisitos de la SET • 36 sesiones adicionales con el tiempo si un proveedor de atención médica lo considera médicamente necesario Requisitos del programa de SET: • Debe incluir sesiones de 30 a 60 minutos de un programa de capacitación en ejercicio terapéutico para la PAD en miembros con calambres en las piernas debido al bajo flujo sanguíneo (claudicación). • Se debe brindar en un entorno hospitalario para pacientes ambulatorios o en un consultorio médico. • Debe estar a cargo de personal calificado que se asegure de que el beneficio supera el daño y que esté capacitado en terapia de ejercicio para la PAD. • Debe estar bajo la supervisión directa de un médico, médico asistente o enfermero especializado/especialista en enfermería clínica, capacitados tanto en las técnicas básicas como avanzadas de soporte vital. *** Necesita una autorización previa.**	$0

Servicios que paga nuestro plan		Qué debe pagar usted
	Atención urgente La atención urgente es la atención que no es de emergencia para tratar los siguientes casos: • Una enfermedad repentina • Una lesión grave • Una afección que necesita atención de inmediato Si necesita atención urgente, primero debe intentar recibirla de un proveedor de la red. Sin embargo, puede acudir a proveedores fuera de la red cuando no puede recibir atención de un proveedor de la red. **La cobertura se limita a los EE. UU. y sus territorios únicamente.**	$0

Servicios que paga nuestro plan		Qué debe pagar usted
	Atención de la vista*	$0
	El plan pagará un examen de la vista de rutina y anteojos una vez cada dos años. Los lentes de los anteojos se cubren más de una vez cada dos años solo si es médicamente necesario. Los lentes de contacto pueden estar cubiertos si tiene una afección ocular o de la vista que se trata mejor con lentes de contacto que con anteojos. El plan pagará los servicios para pacientes ambulatorios de un médico y otro proveedor para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades y lesiones del ojo. Por ejemplo, esto incluye exámenes oftalmológicos anuales para la retinopatía diabética en personas con diabetes y el tratamiento para la degeneración macular relacionada con la edad. El plan pagará pruebas de detección de glaucoma para las personas con alto riesgo de glaucoma, entre las que se pueden incluir las siguientes: • Personas con antecedentes familiares de glaucoma • Personas con diabetes • Pacientes afroamericanos de 50 años o más • Pacientes hispanoamericanos de 65 años o más El plan pagará un par de anteojos o lentes de contacto después de cada cirugía de catarata cuando el médico coloque un lente intraocular. (Si tiene dos cirugías de catarata por separado, debe obtener un par de anteojos después de cada cirugía. No puede recibir dos pares de anteojos después de la segunda cirugía, incluso si no recibió ningún par después de la primera cirugía). *** Es posible que necesite una autorización previa.**	

Servicios que paga nuestro plan		Qué debe pagar usted
	Consulta preventiva de bienvenida a Medicare El plan cubre la consulta preventiva de bienvenida a Medicare que se realiza por única vez. La consulta incluye lo siguiente: • Una revisión de su salud • Educación y asesoramiento sobre los servicios preventivos que necesita (incluidas las pruebas de detección y las vacunas) • Derivación para otro tipo de atención si es necesario **Nota:** Cubrimos la consulta preventiva de bienvenida a Medicare solo durante los primeros 12 meses que tenga la Parte B de Medicare. Cuando pide una cita, diga en el consultorio de su proveedor que desea programar la consulta preventiva de bienvenida a Medicare.	$0

Nuestro plan cubre los servicios y el apoyo a largo plazo (LTSS) para los miembros que los necesiten y reúnan los requisitos para los LTSS a través de Medicaid de Rhode Island. Es posible que tenga que pagar parte del costo de los servicios. Medicaid de Rhode Island determina el importe que usted paga.

Servicios de LTSS	Qué debe pagar usted
Vida asistida* El plan pagará los servicios y el apoyo para que viva en una institución de vida asistida. Además, el plan cubre dos niveles de servicios de vida asistida: nivel básico y nivel superior de servicio. *** Necesita una autorización previa.**	Lo determina Medicaid de Rhode Island.
Servicios de transición a la comunidad El plan brindará servicios para ayudarlo a pasar de un centro o una institución de enfermería a un hogar privado. También pagará algunos de los gastos de manutención por única vez para ayudarlo a establecerse en el hogar privado cuando se mude de un centro o una institución de enfermería.	Lo determina Medicaid de Rhode Island.
Apoyo diurno El plan pagará los servicios para asistirlo con las habilidades sociales y de autoayuda.	Lo determina Medicaid de Rhode Island.
Apoyo con el empleo El plan pagará los servicios, como supervisión, transporte o capacitación, para ayudarlo a obtener un trabajo pago o para mantener uno que ya tenga.	Lo determina Medicaid de Rhode Island.
Asistente doméstico* El plan pagará los servicios de asistente doméstico para ayudar con las tareas domésticas generales como la preparación de las comidas o la limpieza general. *** Necesita una autorización previa.**	Lo determina Medicaid de Rhode Island.

Servicios de LTSS	Qué debe pagar usted
Meals on Wheels (Comidas sobre Ruedas) El plan pagará hasta una comida, cinco días a la semana, con entrega a domicilio.	Lo determina Medicaid de Rhode Island.
Asistente de cuidado personal* El plan pagará la asistencia con las actividades diarias en su hogar o la comunidad si tiene una discapacidad y no puede realizar las actividades por su cuenta. *** Necesita una autorización previa.**	Lo determina Medicaid de Rhode Island.
Sistema personal de respuesta en caso de emergencia El plan pagará los dispositivos electrónicos para que pueda recibir ayuda en una emergencia.	Lo determina Medicaid de Rhode Island.
Servicios privados de enfermería El plan pagará la atención individual y continua provista por enfermeros con licencia en su hogar.	Lo determina Medicaid de Rhode Island.
Servicios de rehabilitación* El plan pagará los servicios especializados de fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla en centros de rehabilitación para pacientes ambulatorios. *** Es posible que necesite una autorización previa.**	Lo determina Medicaid de Rhode Island.
Apoyo doméstico El plan pagará los servicios para ayudarlo con las actividades diarias para que viva en su propio hogar, como aprender a preparar comidas y realizar las tareas domésticas.	Lo determina Medicaid de Rhode Island.
Atención de relevo El plan pagará los servicios de cuidado a corto plazo o temporales cuando una persona que suele cuidarlo no está disponible para hacerlo.	Lo determina Medicaid de Rhode Island.

Servicios de LTSS	Qué debe pagar usted
RIte @ Home (Soluciones de vivienda asistida/vivienda compartida) El plan pagará el cuidado personal y otros servicios provistos por un cuidador que vive en el hogar.	Lo determina Medicaid de Rhode Island.
Servicios y apoyo autodirigidos Si está afiliado al programa Personal Choice (Opción Personal), el plan pagará lo siguiente: • Servicios, equipos y suministros para ayudarlo a vivir en la comunidad • Servicios para ayudarlo a dirigir y pagar sus propios servicios	Lo determina Medicaid de Rhode Island.
Compañía para personas mayores/adultos El plan pagará la ayuda no médica y el apoyo social con actividades diarias, como preparar las comidas, lavar la ropa y hacer las compras.	Lo determina Medicaid de Rhode Island.
Servicios de enfermería especializada* El plan pagará los servicios de enfermería especializada. *** Es posible que necesite una autorización previa.**	Lo determina Medicaid de Rhode Island.

E. Beneficios cubiertos fuera de Neighborhood INTEGRITY

Los siguientes servicios no están cubiertos por Neighborhood INTEGRITY, pero están disponibles a través de Medicare o Medicaid de Rhode Island.

E1. Cuidado paliativo

Puede obtener atención de cualquier programa de cuidados paliativos certificado por Medicare. Tiene el derecho a optar por cuidados paliativos si su proveedor y el director médico del centro determinan que su pronóstico es terminal. Esto significa que tiene una enfermedad terminal y se espera que le queden seis meses de vida o menos. Su proveedor de cuidado paliativo puede ser un proveedor que esté dentro o fuera de la red.

Consulte la Tabla de beneficios en la sección D de este capítulo para obtener más información sobre qué paga Neighborhood INTEGRITY mientras usted recibe servicios de cuidado paliativo.

Para los servicios de cuidado paliativo y los servicios cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare para su pronóstico terminal:

- El proveedor de cuidado paliativo facturará a Medicare por sus servicios. Medicare pagará los servicios de cuidado paliativo relacionados con su pronóstico terminal. Usted no paga nada por estos servicios.

Para los servicios cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare que no se relacionan con su pronóstico terminal (salvo en casos de atención de emergencia o atención urgente):

- El proveedor facturará a Medicare por sus servicios. Medicare pagará los servicios cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare. Usted no paga nada por estos servicios.

Para los medicamentos que pueden estar cubiertos por el beneficio de la Parte D de Medicare de Neighborhood INTEGRITY:

- Los medicamentos nunca están cubiertos por el centro de cuidado paliativo y nuestro plan al mismo tiempo. Para conocer más, consulte el capítulo 5, sección F3, página 107.

Nota: Si necesita atención que no sea cuidado paliativo, debe llamar a su gestor de casos para acordar los servicios. La atención que no es cuidado paliativo es la atención que no se relaciona con su pronóstico terminal.

E2. Servicios dentales

La atención dental regular, como limpiezas, empastes o prótesis dentales, está cubierta por Medicaid de Rhode Island. Sin embargo, la atención dental necesaria para tratar una enfermedad o lesión puede estar cubierta por el plan como atención para pacientes internados o ambulatorios. Llame a Neighborhood INTEGRITY al 1-844-812-6896 (para TTY/TDD, marque 711) si no está

seguro si el plan o Medicaid de Rhode Island cubren los servicios dentales que necesita o si necesita ayuda para encontrar un dentista.

E3. Transporte que no es de emergencia

Puede ser elegible para un pase de autobús con tarifa reducida de la RIPTA. Para obtener un pase de autobús con tarifa reducida de la RIPTA, diríjase a la Oficina de Identificación de la RIPTA, que está ubicada en One Kennedy Plaza, Providence, RI 02903, o a la Oficina de Atención al Cliente de la RIPTA, que se encuentra en 705 Elmwood Avenue, Providence, RI 02907. Llame a la RIPTA al 1-401-784-9500 para obtener más información.

Si no puede usar un pase de autobús de la RIPTA, Medicaid de Rhode Island cubre el transporte que no sea de emergencia. Si necesita transporte en una situación que no es de emergencia, llame al 1-855-330-9131 (para TTY, marque 1-866-288-3133) o comuníquese con Neighborhood INTEGRITY al 1-844-812-6896 (para TTY, marque 711). Puede solicitar transporte para recibir atención de urgencia las 24 horas del día, los 7 días de la semana. El transporte para recibir atención que no es de urgencia debe programarse con una anticipación de al menos dos días hábiles antes de la cita. Si necesita una camilla para el transporte que no es de emergencia, se requiere autorización previa de Neighborhood INTEGRITY.

E4. Servicios residenciales para personas con discapacidad intelectual y del desarrollo

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

F. Beneficios no cubiertos por Neighborhood INTEGRITY, Medicare ni Medicaid de Rhode Island

En esta sección, se explican los tipos de beneficios excluidos del plan. “Excluidos” significa que el plan no paga por estos beneficios. Medicare y Medicaid de Rhode Island no pagarán tampoco por estos beneficios.

En la siguiente lista, se describen algunos servicios y artículos que no están cubiertos por el plan en ninguna circunstancia, y algunos que están excluidos del plan solo en algunos casos.

El plan no pagará los beneficios médicos excluidos que se enumeran en esta sección (o en cualquier otra parte de este *Manual del miembro*), salvo en las circunstancias específicas que se indican. Si cree que deberíamos pagar un servicio que no está cubierto, puede presentar una apelación. Para conocer más sobre cómo presentar una apelación, consulte el capítulo 9, sección 4, página 143.

Además de las exclusiones o limitaciones descriptas en la Tabla de beneficios, **los siguientes artículos y servicios no están cubiertos por nuestro plan**:

- Servicios que no se consideran “razonables y necesarios” de acuerdo con los estándares de Medicare y Medicaid de Rhode Island, salvo que el plan enumere estos servicios como servicios cubiertos.

- Tratamientos, artículos y medicamentos médicos y quirúrgicos experimentales, salvo que estén cubiertos por Medicare, por un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare o por el plan. Consulte el capítulo 3, sección K, página 43 para conocer más acerca de los estudios de investigación clínica. Los tratamientos y artículos experimentales son aquellos que no son aceptados ampliamente por la comunidad médica.

- Tratamiento quirúrgico para la obesidad mórbida, salvo cuando sea médicamente necesario y lo pague Medicare o Medicaid de Rhode Island.

- Habitación privada en un hospital, salvo cuando sea médicamente necesario.

- Artículos personales en su habitación en un hospital o centro de enfermería, como teléfono o televisor.

- Cargos cobrados por su cónyuge, tutor o representante legal.

- Procedimientos o servicios de mejora opcionales o voluntarios (incluidos pérdida de peso, crecimiento del cabello, rendimiento sexual, rendimiento atlético, fines estéticos, antienvejecimiento y rendimiento mental), salvo cuando sean médicamente necesarios.

- Cirugía estética u otro procedimiento estético, salvo que sea necesario debido a una lesión accidental o para mejorar una parte del cuerpo que no tiene la forma correcta. No obstante, el plan pagará la reconstrucción de una mama después de una mastectomía y el tratamiento de la otra para que queden simétricas.

- Zapatos ortopédicos, salvo que sean parte de una pierna ortopédica y estén incluidos en el costo de la prótesis, o bien que sean para una persona con enfermedad de pie diabético. Para obtener más información, consulte la Tabla de beneficios en el capítulo 4, sección D.

- Queratotomía radial, cirugía LASIK y terapia de la vista, y otros accesorios para la baja visión.

- Reversión de los procedimientos de esterilización y suministros de anticonceptivos no recetados.

- Servicios de naturopatía (el uso de tratamientos naturales o alternativos).

- Servicios provistos a veteranos en centros del Departamento de Asuntos de los Veteranos (VA). Sin embargo, cuando un veterano recibe servicios de emergencia en un hospital del VA y se aplica un costo compartido del VA, le reembolsaremos al veterano el monto que pagó.

Capítulo 5: Cómo obtener sus medicamentos con receta para pacientes ambulatorios a través del plan

Introducción

En este capítulo, se explican las reglas para obtener sus medicamentos con receta para pacientes ambulatorios. Estos son medicamentos que su proveedor le indica que obtenga de una farmacia o mediante el servicio de pedido por correo. Incluyen medicamentos cubiertos por la Parte D de Medicare y Medicaid. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo del *Manual del miembro*.

Neighborhood INTEGRITY también cubre los siguientes medicamentos, aunque no se analizarán en este capítulo:

- Medicamentos cubiertos por la Parte A de Medicare. Se incluyen algunos medicamentos que le administran mientras está en un hospital o un centro de enfermería.
- Medicamentos cubiertos por la Parte B de Medicare. Se incluyen algunos medicamentos de quimioterapia, algunos medicamentos inyectables que le administran durante una visita al consultorio del médico u otro proveedor y los medicamentos que le administran en una clínica de diálisis. Para conocer más sobre qué medicamentos de la Parte B de Medicare están cubiertos, consulte la Tabla de beneficios en el capítulo 4, sección D, página 50.

Reglas para la cobertura de medicamentos para pacientes ambulatorios del plan

Por lo general, el plan cubrirá sus medicamentos siempre y cuando cumpla con las reglas de esta sección.

1. La receta debe estar emitida por un médico u otro proveedor, quien suele ser su proveedor de atención primaria (PCP). También podría ser otro proveedor si su proveedor de atención primaria lo ha derivado.
2. Por lo general, debe obtener sus medicamentos con receta en una farmacia de la red.
3. Sus medicamentos con receta deben figurar en la *Lista de medicamentos cubiertos* del plan. Para abreviar, la llamamos la “Lista de medicamentos”.
   - Si no figuran en la Lista de medicamentos, podemos hacer una excepción y cubrirlos.
   - Consulte la página 162 para conocer más sobre cómo solicitar una excepción.

4. Su medicamento debe usarse para una indicación médicamente aceptada. Esto significa que el uso del medicamento está aprobado por la Administración de Medicamentos y Alimentos (FDA), o bien está respaldado por ciertos libros de referencia. Una indicación médicamente aceptada es motivo para que el medicamento esté aprobado por la FDA o que exista una investigación de contexto que lo enumere en el sistema DRUGDEX® o el libro American Hospital Formulary Service Drug Information (Información sobre medicamentos del Servicio de Formularios de los Hospitales Estadounidenses).

Índice

A. Cómo obtener sus medicamentos con receta 100

A1. Obtener su medicamento con receta en una farmacia de la red 100

A2. Usar su tarjeta de identificación del miembro cuando obtiene un medicamento con receta 100

A3. Qué hacer si desea cambiar a una farmacia diferente de la red 100

A4. Qué hacer si su farmacia abandona la red 100

A5. Usar una farmacia especializada 101

A6. Usar los servicios de pedido por correo para obtener sus medicamentos 101

A7. Obtener un suministro de medicamentos a largo plazo 103

A8. Usar una farmacia que no se encuentra en la red del plan 103

A9. Reembolso si paga un medicamento con receta 104

B. La Lista de medicamentos del plan 104

B1. Medicamentos de la Lista de medicamentos 104

B2. Cómo encontrar un medicamento en la Lista de medicamentos 105

B3. Medicamentos que no se encuentran en la Lista de medicamentos 105

B4. Niveles de la Lista de medicamentos 106

C. Límites en algunos medicamentos 106

D. Razones por las que su medicamento podría no estar cubierto 108

D1. Obtener un suministro temporal 108

E. Cambios en la cobertura para sus medicamentos 110

F. Cobertura de medicamentos en casos especiales 112

F1. Si está en un hospital o un centro de enfermería especializada por una hospitalización cubierta por el plan 112

F2. Si reside en una institución de atención a largo plazo 113

F3. Si participa en un programa de cuidados paliativos certificado por Medicare 113

G. Programas sobre seguridad de los medicamentos y manejo de medicamentos 114

G1. Programas para ayudar a los miembros a usar los medicamentos de manera segura 114

G2. Programas para ayudar a los miembros a manejar sus medicamentos 114

G3. Programa de manejo de medicamentos para ayudar a los miembros a usar opioides de manera segura 115

A. Cómo obtener sus medicamentos con receta

A1. Obtener su medicamento con receta en una farmacia de la red

En la mayoría de los casos, el plan pagará sus medicamentos con receta **solo** si se obtienen en las farmacias de la red del plan. Una farmacia de la red es una droguería que ha acordado abastecer los medicamentos con receta para los miembros de nuestro plan. Puede ir a cualquier farmacia de nuestra red.

Para encontrar una farmacia de la red, puede consultar el *Directorio de proveedores y farmacias*, visitar nuestro sitio web o comunicarse con Servicios para Miembros.

A2. Usar su tarjeta de identificación del miembro cuando obtiene un medicamento con receta

Para obtener un medicamento con receta, **presente su tarjeta de identificación del miembro** en la farmacia de la red. La farmacia de la red facturará al plan por su medicamento con receta cubierto.

Si no lleva su tarjeta de identificación del miembro cuando obtiene su medicamento con receta, pídale a la farmacia que llame al plan para consultar la información necesaria.

Si la farmacia no puede obtener la información necesaria, es posible que usted deba pagar el costo total del medicamento con receta cuando lo recoja. Luego, puede solicitarnos que le reembolsemos lo que pagó. Si no puede pagar el medicamento, llame a Servicios para Miembros de inmediato. Haremos todo lo posible para ayudar.

- Para saber cómo solicitarnos un reembolso, consulte el capítulo 7, sección A, página 118.
- Si necesita ayuda para obtener un medicamento con receta, puede comunicarse con Servicios para Miembros.

A3. Qué hacer si desea cambiar a una farmacia diferente de la red

Si cambia de farmacia y necesita volver a obtener un medicamento con receta, puede pedirle a un proveedor que emita una receta nueva, o bien puede pedirle a su farmacia que transfiera la receta a la farmacia nueva.

Si necesita ayuda para cambiar su farmacia de la red, puede comunicarse con Servicios para Miembros.

A4. Qué hacer si su farmacia abandona la red

Si la farmacia que usa abandona la red del plan, deberá encontrar una farmacia nueva de la red.

Para encontrar una farmacia nueva de la red, puede consultar el *Directorio de proveedores y farmacias*, visitar nuestro sitio web o comunicarse con Servicios para Miembros.

A5. Usar una farmacia especializada

Algunos medicamentos con receta deben obtenerse en una farmacia especializada, que puede incluir a las siguientes:

- Farmacias que suministran medicamentos para terapia de infusión en el hogar
- Farmacias que suministran medicamentos para residentes de una institución de atención a largo plazo, como una residencia para personas mayores
  - Por lo general, las instituciones de atención a largo plazo tienen sus propias farmacias. Si reside en una institución de atención a largo plazo, debemos asegurarnos de que pueda obtener los medicamentos que necesita en la farmacia de la institución.
  - Si la farmacia de la institución de atención a largo plazo no se encuentra en nuestra red, o si le resulta difícil acceder a sus beneficios de medicamentos en una institución de atención a largo plazo, comuníquese con Servicios para Miembros.
- Farmacias que reciben el Programa de Salud para Indígenas en Contextos Tribales y Urbanos del Servicio de Salud para Indígenas (disponibles solo para los indígenas americanos o de Alaska, salvo en emergencias)
- Farmacias que suministran medicamentos que requieren manejo e instrucciones de uso especiales

Para encontrar una farmacia especializada, puede consultar el *Directorio de proveedores y farmacias*, visitar nuestro sitio web o comunicarse con Servicios para Miembros.

A6. Usar los servicios de pedido por correo para obtener sus medicamentos

Por lo general, los medicamentos que están disponibles a través del servicio de pedido por correo son medicamentos que toma con regularidad contra una afección crónica o prolongada.

El servicio de pedido por correo de nuestro plan le permite ordenar un suministro de hasta 90 días como máximo. Un suministro de 90 días tiene el mismo copago que el suministro de un mes.

Obtener medicamentos con receta por correo postal

Para obtener formularios e información sobre cómo adquirir sus medicamentos con receta por correo postal:

- Visite el sitio web de pedido por correo y regístrese en línea en www.caremark.com/mailservice.
- Llame a Servicios para Miembros.

Por lo general, recibirá su medicamento con receta mediante el servicio de pedido por correo en un plazo de 10 días. Si su medicamento con receta del servicio de pedido por correo se demora y usted necesita un suministro de emergencia de una farmacia minorista, llame a Servicios para Miembros al 1-844-812-6896 (para TTY, marque 711) para solicitar una anulación.

Proceso del servicio de pedido por correo

El servicio de pedido por correo tiene diferentes procedimientos para las recetas nuevas que recibe de usted, las recetas nuevas que recibe directamente del consultorio de su proveedor y los reabastecimientos en sus recetas del servicio de pedido por correo:

1. **Recetas nuevas que la farmacia recibe de usted**

   La farmacia abastecerá y entregará automáticamente las recetas nuevas que recibe de usted.

2. **Recetas nuevas que la farmacia recibe directamente del consultorio de su proveedor**

   La farmacia abastecerá y entregará automáticamente las recetas nuevas que recibe de los proveedores de atención médica, sin controlar primero con usted, en los siguientes casos:

   - Usted ya usó el servicio de pedido por correo con este plan.
   - Se registra para la entrega automática de todas las recetas nuevas que obtenga directamente de los proveedores de atención médica. Puede solicitar la entrega automática de todas las recetas nuevas ahora o en cualquier momento; para ello, pídale al médico que nos envíe sus recetas. No es necesaria ninguna otra solicitud especial. O bien, puede comunicarse con Servicios para Miembros al 1-844-812-6896 (para TTY, marque 711) para obtener asistencia.

   Si ya usó el servicio de pedido por correo y no desea que la farmacia abastezca y envíe automáticamente cada receta nueva, comuníquese con nosotros llamando a Servicios para Miembros.

   Si nunca ha usado la entrega de pedido por correo o decide dejar de abastecer automáticamente las recetas nuevas, la farmacia se comunicará con usted cada vez que reciba una receta nueva de un proveedor de atención médica para confirmar que quiera que el medicamento se abastezca y envíe de inmediato.

   - Así podría asegurarse de que la farmacia esté entregando el medicamento correcto (incluidas la concentración, la cantidad y la forma) y, si es necesario, le permitirá cancelar o demorar el pedido antes de que se envíe.
   - Es importante que responda cuando la farmacia se comunique con usted para que sepan qué hacer con la receta nueva y evitar demoras en el envío.

Para cancelar la entrega automática de las recetas nuevas que obtuvo directamente del consultorio de su proveedor de atención médica, comuníquese con nosotros llamando a Servicios para Miembros.

3. **Reabastecimiento de las recetas del servicio de pedido por correo**

   Para reabastecer sus medicamentos, puede registrarse en un programa de reabastecimiento automático. Según este programa, comenzaremos a procesar su próximo reabastecimiento de manera automática cuando nuestros registros indiquen que ya está por terminar sus medicamentos.

   - La farmacia se comunicará con usted antes de enviar cada reabastecimiento para confirmar que necesita más medicamento, y usted puede cancelar los reabastecimientos programados si tiene una cantidad suficiente de sus medicamentos o si sus medicamentos han cambiado.
   - Si decide usar nuestro programa de reabastecimiento automático, comuníquese con la farmacia 15 días antes de cuando cree que los medicamentos que tiene se terminarán para asegurarse de que se le envíe el próximo pedido a tiempo.

   Para dejar de participar en nuestro programa que prepara automáticamente los reabastecimientos de pedido por correo, comuníquese con nosotros llamando a Servicios para Miembros al 1-844-812-6896 (para TTY, marque 711).

Para que la farmacia pueda comunicarse con usted para confirmar su pedido antes de enviarlo, infórmele las mejores maneras de comunicarse con usted. Llame a Servicios para Miembros o inicie sesión en su cuenta en www.caremark.com para dar su información de contacto preferida.

A7. Obtener un suministro de medicamentos a largo plazo

Puede obtener un suministro de los medicamentos de mantenimiento a largo plazo que figuran en la Lista de medicamentos del plan. Los medicamentos de mantenimiento son medicamentos que toma con regularidad contra una afección crónica o prolongada.

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

Para ciertos tipos de medicamentos, puede usar el servicio de pedido por correo de la red del plan para obtener un suministro de medicamentos de mantenimiento a largo plazo. Consulte la sección anterior para conocer más sobre el servicio de pedido por correo.

A8. Usar una farmacia que no se encuentra en la red del plan

Por lo general, pagamos los medicamentos que obtiene en una farmacia fuera de la red solo cuando no puede usar una farmacia de la red. Contamos con farmacias de la red fuera de nuestra área de servicio donde puede obtener sus medicamentos con receta como miembro de nuestro plan.

Pagaremos los medicamentos con receta que obtiene en una farmacia fuera de la red en los siguientes casos:

- Una emergencia declarada por la Agencia Federal para la Gestión de Emergencias (FEMA)
- Tratamiento de una enfermedad mientras se encuentra de viaje fuera del área de servicio del plan, pero dentro de los Estados Unidos, donde no haya ninguna farmacia de la red

En estos casos, confirme primero con Servicios para Miembros para ver si hay una farmacia de la red en la zona.

A9. Reembolso si paga un medicamento con receta

Si debe usar una farmacia fuera de la red, por lo general, debe pagar el costo total cuando obtiene su medicamento con receta. Puede pedirnos que le devolvamos el dinero.

Para conocer más sobre esto, consulte el capítulo 7, sección A, página 118.

B. La Lista de medicamentos del plan

El plan cuenta con una *Lista de medicamentos cubiertos*. Para abreviar, la llamamos la “Lista de medicamentos”.

Los medicamentos que figuran en la Lista de medicamentos son seleccionados por el plan con la ayuda de un equipo de médicos y farmacéuticos. En la Lista de medicamentos, se describen las reglas que necesita seguir para obtener sus medicamentos.

En general, cubrimos los medicamentos que aparecen en la Lista de medicamentos del plan, siempre y cuando siga las reglas que se explican en este capítulo.

B1. Medicamentos de la Lista de medicamentos

La Lista de medicamentos incluye los medicamentos cubiertos por la Parte D de Medicare y algunos medicamentos y artículos con receta y de venta libre cubiertos por los beneficios de Medicaid.

La Lista de medicamentos incluye tanto los medicamentos de marca (por ejemplo, Synthroid®) como los medicamentos *genéricos* (por ejemplo, levotiroxina). Los medicamentos genéricos tienen los mismos ingredientes activos que los medicamentos de marca. En la mayoría de los casos, funcionan tan bien como los medicamentos de marca y suelen costar menos.

Nuestro plan también cubre ciertos medicamentos y productos de venta libre. Algunos medicamentos de venta libre cuestan menos que los medicamentos con receta y funcionan igual. Para obtener esta información, llame a Servicios para Miembros.

B2. Cómo encontrar un medicamento en la Lista de medicamentos

Para encontrar si un medicamento que toma se encuentra en la Lista de medicamentos:

- Consulte la última Lista de medicamentos que le enviamos por correo postal.
- Visite el sitio web del plan en www.nhpri.org/INTEGRITY. La Lista de medicamentos del sitio web es la más actual.
- Llame a Servicios para Miembros para saber si un medicamento se encuentra en la Lista de medicamentos o para solicitar una copia de esta.

B3. Medicamentos que no se encuentran en la Lista de medicamentos

El plan no cubre todos los medicamentos con receta. Algunos medicamentos no se encuentran en la Lista de medicamentos porque el plan no puede cubrirlos por ley. En otros casos, hemos decidido no incluir un medicamento en la Lista de medicamentos.

Neighborhood INTEGRITY no pagará los medicamentos que aparecen en esta sección. Se llaman **medicamentos excluidos**. Si tiene una receta para un medicamento excluido, debe pagarlo usted mismo. Si cree que deberíamos pagar un medicamento excluido en su caso, puede presentar una apelación. (Para conocer cómo presentar una apelación, consulte el capítulo 9, sección 6.5, página 169).

Tres reglas generales para los medicamentos excluidos:

1. La cobertura de medicamentos para pacientes ambulatorios del plan (que incluye los medicamentos de la Parte D y de Medicaid) no puede pagar un medicamento que ya estaría cubierto por la Parte A o la Parte B de Medicare. Los medicamentos cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare están cubiertos por Neighborhood INTEGRITY de manera gratuita, pero no se consideran parte de sus beneficios de medicamentos con receta para pacientes ambulatorios.
2. El plan no puede cubrir un medicamento adquirido fuera de los Estados Unidos y sus territorios.
3. El uso del medicamento debe estar aprobado por la FDA, o bien debe estar respaldado por ciertos libros de referencia como tratamiento para su afección. Su proveedor podría recetar un medicamento determinado para tratar su afección incluso si no está aprobado para tratarla. Esto se llama “uso no aprobado”. El plan no suele cubrir los medicamentos que se recetan para uso no aprobado.

Además, por ley, los siguientes tipos de medicamentos no están cubiertos por Medicare ni Medicaid.

- Medicamentos usados para promover la fertilidad
- Medicamentos usados para fines estéticos o para promover el crecimiento del cabello
- Medicamentos usados para el tratamiento de la disfunción sexual o eréctil, como Viagra®, Cialis®, Levitra® y Caverject®
- Medicamentos para pacientes ambulatorios cuando la compañía que los fabrica dice que las pruebas o los servicios que usted recibe solo pueden ser prestados por ellos

B4. Niveles de la Lista de medicamentos

Todos los medicamentos de la Lista de medicamentos del plan se encuentran en uno de los 3 niveles. Un nivel es un grupo de medicamentos del mismo tipo en general (por ejemplo, medicamentos de marca, genéricos o de venta libre).

- El nivel 1 incluye los medicamentos genéricos.
- El nivel 2 incluye los medicamentos de marca.
- El nivel 3 incluye medicamentos recetados y de venta libre que no sean de Medicare.

Para saber en qué nivel se encuentra su medicamento, búsquelo en la Lista de medicamentos del plan.

En el capítulo 6, sección C4, página 114, se explica el importe que paga por los medicamentos en cada nivel.

C. Límites en algunos medicamentos

Para algunos medicamentos con receta, se aplican ciertas reglas especiales que limitan cómo y cuándo el plan los cubre. En general, nuestras reglas le recomiendan obtener un medicamento que funcione para su afección y que sea seguro y eficaz. Cuando un medicamento seguro de menor costo funcionaría tan bien como un medicamento más costoso, el plan espera que su proveedor use el medicamento de menor costo.

Si se aplica una regla especial a su medicamento, suele significar que usted o su proveedor deberán seguir otros pasos para que cubramos el medicamento. Por ejemplo, es posible que su proveedor deba decirnos primero cuál es su diagnóstico o brindarnos los resultados de los análisis de sangre. Si usted o su proveedor piensan que no debería aplicarse nuestra regla en su caso, debe solicitarnos que hagamos una excepción. Podemos aceptar o no el uso del medicamento sin que siga otros pasos.

Para conocer más sobre cómo solicitar una excepción, consulte el capítulo 9, sección 6.2, página 163.

1. **Límite sobre el uso de un medicamento de marca cuando está disponible una versión genérica**

   Por lo general, un medicamento genérico funciona igual que un medicamento de marca y suele costar menos. En la mayoría de los casos, si existe una versión genérica de un medicamento de marca, las farmacias de nuestra red le entregarán la versión genérica.

   - Casi nunca pagamos el medicamento de marca cuando existe una versión genérica.
   - Sin embargo, si su proveedor nos explica la razón médica por la que ni el medicamento genérico ni los demás medicamentos cubiertos funcionarían en su caso, cubriremos el medicamento de marca.

2. **Obtener la aprobación del plan por adelantado**

   Para algunos medicamentos, usted o su proveedor deben obtener la aprobación de Neighborhood INTEGRITY antes de solicitar el medicamento con receta. Si no recibe la aprobación, es posible que Neighborhood INTEGRITY no cubra el medicamento.

3. **Probar primero un medicamento diferente**

   En general, el plan quiere que pruebe medicamentos de menor costo (que suelen tener la misma eficacia) antes de cubrir medicamentos más costosos. Por ejemplo, si el medicamento A y el medicamento B tratan la misma afección, y el medicamento A cuesta menos que el medicamento B, el plan puede pedirle que pruebe el medicamento A primero.

   Si el medicamento A no le resulta eficaz, el plan cubrirá el medicamento B. Esto se llama “tratamiento escalonado”.

4. **Límites de cantidad**

   Para algunos medicamentos, limitamos la cantidad de medicamento que puede obtener. Esto se llama “límite de cantidad”. Por ejemplo, el plan podría limitar la cantidad de un medicamento que recibe cada vez que abastece su receta.

Para saber si alguna de las reglas anteriores se aplica a un medicamento que toma o desea tomar, consulte la Lista de medicamentos. Para obtener la información más actualizada, llame a Servicios para Miembros o visite nuestro sitio web en www.nhpri.org/INTEGRITY.

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

Intentamos que la cobertura de su medicamento funcione bien para usted, pero, en ocasiones, un medicamento podría no estar cubierto como usted quisiera. Por ejemplo:

- El medicamento que desea tomar no está cubierto por el plan. El medicamento podría no encontrarse en la Lista de medicamentos. Podría estar cubierta una versión genérica del medicamento, pero no la versión de marca que desea. Podría tratarse de un medicamento nuevo y que aún no hayamos revisado su seguridad y eficacia.

- El medicamento está cubierto, pero existen reglas o límites especiales para la cobertura de ese medicamento. Como se explica en la sección anterior, algunos de los medicamentos cubiertos por el plan tienen reglas que limitan su uso. En algunos casos, usted o el prescriptor pueden solicitarnos una excepción a una regla.

Si su medicamento no está cubierto de la manera que quisiera, puede tomar algunas medidas.

D1. Obtener un suministro temporal

En algunos casos, el plan puede ofrecerle un suministro temporal de un medicamento cuando no se encuentra en la Lista de medicamentos o cuando tiene algún tipo de limitación. Esto le da tiempo para hablar con su proveedor y obtener un medicamento diferente o solicitarle al plan que cubra el medicamento.

Para obtener un suministro temporal de un medicamento, primero debe cumplir estas dos reglas:

1. El medicamento que ha estado tomando:
   - Ya no se encuentra en la Lista de medicamentos del plan.
   - Nunca se encontró en la Lista de medicamentos del plan.
   - Ahora tiene algún tipo de límite.
2. Usted debe estar en alguna de estas situaciones:
   - Estuvo en el plan el año pasado.
     - Cubriremos un suministro temporal de su medicamento **durante los primeros 90 días del año calendario**.
     - Este suministro temporal será hasta los siguientes límites:
       - un suministro de 30 días si **no vive** en una institución de atención a largo plazo;

        - un suministro de 31 días si **vive** en una institución de atención a largo plazo; y
        - un suministro de 90 días para los medicamentos cubiertos por Medicaid.
    - Si su receta se emite por menos días, permitiremos que obtenga su medicamento varias veces hasta cubrir el máximo de 30 días si no vive en una institución de atención a largo plazo, 31 días si vive en una institución de atención a largo plazo y 90 días para los medicamentos cubiertos por Medicaid. Debe obtener su medicamento con receta en una farmacia de la red.
    - Las farmacias de atención a largo plazo pueden darle su medicamento con receta en pequeñas cantidades por vez para evitar los desechos.
- Usted es nuevo en el plan.
    - Cubriremos un suministro temporal de su medicamento **durante los primeros 90 días de su membresía en el plan**.
    - Este suministro temporal será hasta los siguientes límites:
        - un suministro de 30 días si **no vive** en una institución de atención a largo plazo;
        - un suministro de 31 días si **vive** en una institución de atención a largo plazo; y
        - un suministro de 90 días para los medicamentos cubiertos por Medicaid.
    - Si su receta se emite por menos días, permitiremos que obtenga su medicamento varias veces hasta cubrir el máximo de 30 días si **no** vive en una institución de atención a largo plazo, 31 días si vive en una institución de atención a largo plazo y 90 días para los medicamentos cubiertos por Medicaid. Debe obtener su medicamento con receta en una farmacia de la red.
    - Las farmacias de atención a largo plazo pueden darle su medicamento con receta en pequeñas cantidades por vez para evitar los desechos.
- Ha estado en el plan durante más de 90 días, reside en una institución de atención a largo plazo y necesita un suministro de inmediato.
    - Cubriremos un suministro de 31 días o menos si su receta se emite por menos días. Esto se agrega al suministro temporal que se explica antes.
    - Si su nivel de atención cambia, cubriremos un suministro de 31 días.
    - Para solicitar un suministro temporal de un medicamento, llame a Servicios para Miembros.

Cuando obtiene un suministro temporal de un medicamento, debe hablar con su proveedor para decidir qué hacer cuando se termine el suministro. Estas son sus opciones:

- Puede cambiar a otro medicamento.

  Es posible que haya un medicamento diferente que cubra el plan y funcione para usted. Puede llamar a Servicios para Miembros y solicitar una lista de los medicamentos cubiertos que tratan la misma afección. La lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que puede funcionar en su caso.

  O

- Puede solicitar una excepción.

  Usted y su proveedor pueden solicitar al plan que haga una excepción. Por ejemplo, puede solicitarle al plan que cubra un medicamento incluso si no está en la Lista de medicamentos. O bien, puede solicitarle al plan que cubra el medicamento sin límites. Si su proveedor dice que existe una razón médica justificada para una excepción, puede ayudarlo a solicitarla.

Si un medicamento que está tomando se retirará de la Lista de medicamentos o se limitará de alguna forma el próximo año, le permitiremos solicitar una excepción antes de que termine el año.

- Le informaremos sobre cualquier cambio en la cobertura para su medicamento el próximo año. Puede solicitarnos que hagamos una excepción y cubramos el medicamento de la manera que desea para el año próximo.

- Le daremos una respuesta dentro de las 72 horas después de recibir su solicitud de excepción (o la declaración de respaldo del prescriptor).

Para conocer más sobre cómo solicitar una excepción, consulte el capítulo 9, sección 6.2, página 163.

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

E. Cambios en la cobertura para sus medicamentos

La mayoría de los cambios en la cobertura de medicamentos se producen el 1 de enero, pero Neighborhood INTEGRITY puede agregar o retirar medicamentos de la Lista de medicamentos durante todo el año. También podemos cambiar las reglas que se aplican a los medicamentos. Estos son algunos ejemplos de lo que podríamos hacer:

- Decidir si exigimos o no una autorización previa para un medicamento. (La autorización previa es el permiso que Neighborhood INTEGRITY debe darle para que pueda obtener un medicamento).

- Agregar o cambiar las reglas sobre la cantidad de medicamento que puede obtener (esto se denomina “límites de cantidad”).

- Agregar o cambiar las restricciones de tratamiento escalonado de un medicamento. (El tratamiento escalonado significa que debe probar un medicamento antes de que cubramos otro).

Para obtener más información sobre estas reglas que se aplican a los medicamentos, consulte la sección C antes en este capítulo.

Si está tomando un medicamento que estaba cubierto **a principio** de año, por lo general, no dejaremos de cubrirlo ni cambiaremos la cobertura **durante el resto del año,** salvo que ocurra lo siguiente:

- Aparece un medicamento nuevo y más económico que funciona tan bien como el medicamento que ahora se encuentra en la Lista de medicamentos.

- Nos enteramos que el medicamento no es seguro.

- Se retira un medicamento del mercado.

Para obtener más información sobre lo que sucede cuando cambia la Lista de medicamentos:

- Puede consultar la Lista de medicamentos actualizada de Neighborhood INTEGRITY por Internet en www.nhpri.org/INTEGRITY.

- Puede llamar a Servicios para Miembros al 1-844-812-6896 (para TTY, marque 711) para consultar la Lista de medicamentos actualizada.

Algunos cambios en la Lista de medicamento se producirán **de inmediato**. Por ejemplo:

- **Está disponible un nuevo medicamento genérico.** En ocasiones, aparece un medicamento nuevo y más económico que funciona tan bien como el medicamento que ahora se encuentra en la Lista de medicamentos. Cuando eso suceda, podemos quitar de la lista el medicamento actual, pero el costo que deberá pagar por el nuevo medicamento seguirá siendo el mismo

  Cuando agreguemos el nuevo medicamento genérico, también podemos decidir mantener en la lista el medicamento que está incluido actualmente, pero cambiar sus reglas o límites de cobertura.

  - Es posible que no le informemos antes de hacer este cambio, pero le enviaremos información sobre el cambio o los cambios específicos que hayamos aplicado.
  - Usted o su proveedor pueden solicitar una “excepción” a estos cambios. Le enviaremos un aviso con los pasos que debe seguir para solicitar una excepción. Consulte el capítulo 9 de este manual para obtener más información sobre las excepciones.

- **Se retira un medicamento del mercado.** Si la FDA determina que un medicamento que usted toma no es seguro o si el fabricante del medicamento lo retira del mercado, lo quitaremos de la Lista de medicamentos. Si está tomando el medicamento, le avisaremos. Su proveedor también le informará sobre este cambio y puede trabajar con usted para encontrar otro medicamento para su afección.

Podemos hacer otros cambios que afecten los medicamentos que toma. Le informaremos con anticipación sobre estos otros cambios en la Lista de medicamentos. Podrán hacerse cambios si ocurre lo siguiente:

- La FDA brinda nuevas pautas o hay nuevas pautas clínicas sobre un medicamento.
- Agregamos un medicamento genérico que no es nuevo en el mercado.
  - Reemplazamos un medicamento de marca que actualmente se encuentra en la Lista de medicamentos.
  - Cambiamos las reglas o los límites de cobertura para el medicamento de marca.

Cuando ocurran estos cambios, le informaremos por lo menos 30 días antes de aplicar la modificación a la Lista de medicamentos o cuando solicite el medicamento. Esto le dará tiempo para hablar con su médico o el prescriptor, quien puede ayudarlo a decidir si hay un medicamento similar en la Lista de medicamentos que puede tomar en su lugar o si debe solicitar una excepción. Además, puede realizar lo siguiente:

- obtener un suministro del medicamento para 30 días antes de que se realice el cambio en la Lista de medicamentos, o
- solicitar una excepción a estos cambios. Para conocer más sobre cómo solicitar una excepción, consulte el capítulo 9, sección 6.1, página 162.

F. Cobertura de medicamentos en casos especiales

F1. Si está en un hospital o un centro de enfermería especializada por una hospitalización cubierta por el plan

Si ingresa a un hospital o centro de enfermería especializada por una hospitalización cubierta por el plan, por lo general, cubriremos el costo de sus medicamentos con receta durante la hospitalización. No es necesario que usted pague un copago. Una vez que recibe el alta del hospital o centro de enfermería especializada, el plan cubrirá los medicamentos siempre y cuando cumplan con todas las reglas de cobertura.

F2. Si reside en una institución de atención a largo plazo

En general, las instituciones de atención a largo plazo, como una residencia para personas mayores, tienen su propia farmacia o una farmacia que suministra los medicamentos para todos sus residentes. Si reside en una institución de atención a largo plazo, puede recibir sus medicamentos con receta a través de la farmacia de la institución si forma parte de nuestra red.

Consulte el *Directorio de proveedores y farmacias* para saber si la farmacia de su institución de atención a largo plazo forma parte de nuestra red. Si no forma parte o si necesita más información, comuníquese con Servicios para Miembros.

F3. Si participa en un programa de cuidados paliativos certificado por Medicare

Los medicamentos nunca están cubiertos por el centro de cuidado paliativo y nuestro plan al mismo tiempo.

- Si está afiliado a un programa de cuidados paliativos de Medicare y necesita un analgésico, un medicamento contra las náuseas, un laxante o un ansiolítico que no está cubierto por su programa de cuidados paliativos porque no se relaciona con su pronóstico terminal y sus afecciones asociadas, el prescriptor o el proveedor del centro de cuidados paliativos debe informarle a nuestro plan que el medicamento no se relaciona con su pronóstico terminal antes de que podamos cubrirlo.

- Para evitar demoras en la entrega de medicamentos que no se relacionan con su pronóstico terminal, pero que deberían estar cubiertos por el plan, puede solicitarle al proveedor del centro de cuidados paliativos o al prescriptor que se asegure de que se nos haya avisado que el medicamento no se relaciona con su pronóstico terminal antes de obtener su medicamento en la farmacia.

Si deja el programa de cuidados paliativos, el plan debe cubrir todos sus medicamentos. Para evitar demoras en una farmacia cuando finaliza su beneficio de cuidados paliativos de Medicare, debe traer la documentación a la farmacia para verificar que abandonó el programa de cuidados paliativos. Consulte las secciones anteriores de este capítulo donde se explican las reglas para obtener cobertura de medicamentos según la Parte D.

Para conocer más sobre el beneficio de cuidados paliativos, consulte el capítulo 4, sección E1, página 88.

G. Programas sobre seguridad de los medicamentos y manejo de medicamentos

G1. Programas para ayudar a los miembros a usar los medicamentos de manera segura

Cada vez que obtiene un medicamento con receta, buscamos posibles problemas, como errores en los medicamentos, o bien medicamentos con las siguientes características:

- Pueden no ser necesarios porque está tomando otro medicamento con el mismo efecto.
- Pueden no ser seguros por su edad o sexo.
- Podrían afectarlo si los toma al mismo tiempo.
- Están fabricados con ingredientes a los que es alérgico.

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

G2. Programas para ayudar a los miembros a manejar sus medicamentos

Si toma medicamentos para diferentes afecciones, puede ser elegible para obtener servicios gratuitos a través de un programa de manejo de terapia de medicamentos (MTM). Este programa permite que usted y su proveedor se aseguren de que sus medicamentos estén funcionando para mejorar su salud. Un farmacéutico u otro profesional de la salud harán una revisión exhaustiva de todos sus medicamentos y hablarán con usted sobre lo siguiente:

- Cómo obtener el mayor beneficio de los medicamentos que toma
- Cualquier inquietud que tenga, como los costos y las reacciones de los medicamentos
- La mejor manera para tomar los medicamentos
- Cualquier pregunta o problema que tenga sobre sus medicamentos con receta y de venta libre

Recibirá un resumen por escrito de esta conversación. El resumen incluye un plan de acción que recomienda lo que puede hacer para usar sus medicamentos de la mejor manera. También recibirá una lista personal de sus medicamentos que incluirá todos los medicamentos que está tomando y por qué los toma.

Es recomendable que programe la revisión de sus medicamentos antes de la consulta anual de bienestar para que pueda hablar con su proveedor sobre el plan de acción y la lista de medicamentos. Lleve consigo el plan de acción y la lista de medicamentos a la consulta o cuando hable con sus

médicos, farmacéuticos y otros proveedores de atención médica. Además, lleve la lista de medicamentos si va al hospital o a una sala de emergencias.

Los programas de manejo de terapia de medicamentos son voluntarios y gratuitos para los miembros que reúnen los requisitos. Si existe un programa que se adapta a sus necesidades, lo inscribiremos y le enviaremos información. Si no desea participar en el programa, háganos saber y lo retiraremos del programa.

Si tiene preguntas sobre estos programas, comuníquese con Servicios para Miembros o con su gestor de casos.

G3. Programa de manejo de medicamentos para ayudar a los miembros a usar opioides de manera segura

Neighborhood INTEGRITY cuenta con un programa que ayuda a los miembros a usar de manera segura sus medicamentos opioides con receta u otros medicamentos de los que se suele abusar. Este programa se llama “Programa de Manejo de Medicamentos” (DMP).

Si usa opioides que obtiene de varios médicos o farmacias, podemos hablar con ellos para asegurarnos de que su uso es apropiado y médicamente necesario. Si al hablar con sus médicos decidimos que está en riesgo de hacer un uso inapropiado de los opioides o de abusar de estos, podemos limitar la cantidad que recibe de estos medicamentos. Las limitaciones pueden incluir las siguientes:

- Podemos solicitarle que obtenga todas las recetas para estos medicamentos **de una farmacia** o **de un médico.**
- Podemos **limitar la cantidad** de estos medicamentos que cubriremos para usted.

Si decidimos que una o más limitaciones deberían aplicarse en su caso, le enviaremos antes una carta, donde le explicaremos las limitaciones que creemos que se deberían aplicar.

Podrá decirnos qué médicos o farmacias prefiere usar. Si cree que cometimos un error, si no considera que está en riesgo de abusar del medicamento con receta o si no está de acuerdo con la limitación, usted y el prescriptor pueden presentar una apelación. (Para conocer cómo presentar una apelación, consulte el capítulo 9, sección 6.5, página 169).

El DMP no puede aplicarse a su situación en los siguientes casos:

- Tiene ciertas afecciones como cáncer.
- Está recibiendo cuidados paliativos.
- Reside en una institución de atención a largo plazo.

Capítulo 6: Lo que usted paga por sus medicamentos con receta de Medicare y Medicaid

Introducción

En este capítulo, se explica lo que usted paga por sus medicamentos con receta para pacientes ambulatorios. “Medicamentos” significa:

- medicamentos con receta de la Parte D de Medicare; **y**
- medicamentos y artículos cubiertos por Medicaid de Rhode Island; **y**
- medicamentos y artículos cubiertos por el plan como beneficios adicionales.

Como usted es elegible para Medicaid, obtiene “Ayuda Adicional” de Medicare para poder pagar sus medicamentos con receta de la Parte D de Medicare.

> La **Ayuda Adicional** es un programa de Medicare que ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a reducir los costos de los medicamentos con receta de la Parte D de Medicare, como primas, deducibles y copagos. El programa Ayuda Adicional también se denomina “*Subsidio por Bajos Ingresos*” o “*LIS*”.

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

Para conocer más sobre los medicamentos con receta, puede consultar los siguientes documentos:

- La *Lista de medicamentos cubiertos* del plan.
  - La llamamos la “Lista de medicamentos”. Le indica lo siguiente:
    - Qué medicamentos paga el plan
    - En cuáles de los 3 niveles está cada medicamento
    - Si existe algún limite sobre el medicamento
  - Si necesita una copia de la Lista de medicamentos, llame a Servicios para Miembros. También puede encontrar la Lista de medicamentos en nuestro sitio web www.nhpri.org/INTEGRITY. La Lista de medicamentos del sitio web es la más actual.
- El capítulo 5 de este *Manual del miembro*.

  - En el capítulo 5, sección A, página 94, se explica cómo obtener sus medicamentos con receta para pacientes ambulatorios a través del plan.
  - Incluye las reglas que necesita cumplir. También explica qué tipos de medicamentos con receta no están cubiertos por el plan.
- El *Directorio de proveedores y farmacias* del plan.
  - En la mayoría de los casos, debe usar una farmacia de la red para obtener sus medicamentos cubiertos. Las farmacias de la red son farmacias que han acordado trabajar con nuestro plan.
  - El *Directorio de proveedores y farmacias* tiene una lista de farmacias de la red. Puede leer más sobre las farmacias de la red en el capítulo 5, sección A8, página 97.

Índice

A. La *Explicación de beneficios* (EOB) 118

B. Cómo hacer un seguimiento de los costos de sus medicamentos 118

C. Usted no paga nada por un suministro de medicamentos de un mes o a largo plazo 119

C1. Los niveles del plan 119

C2. Sus opciones de farmacia 120

C3. Obtener un suministro de un medicamento a largo plazo 120

C4. Lo que usted paga 120

D. Vacunas 121

D1. Lo que necesita saber antes de recibir la vacuna 122

A. La *Explicación de beneficios* (EOB)

Nuestro plan hace un seguimiento de sus medicamentos con receta. Hacemos un seguimiento de dos tipos de costos:

- Sus **costos y gastos directos**. Es el importe que usted u otros en su nombre pagan por sus medicamentos con receta.
- El **costo total de sus medicamentos**. Es el importe que usted u otros en su nombre pagan por sus medicamentos con receta, más el importe que paga el plan.

Cuando obtiene sus medicamentos con receta a través del plan, le enviamos un informe llamado *Explicación de beneficios*. Para abreviar, lo llamamos la EOB. La EOB incluye lo siguiente:

- **Información del mes**. En el informe se detallan los medicamentos con receta que obtuvo. Muestra el costo total de sus medicamentos, lo que pagó el plan y lo que pagaron usted y otros que pagan por usted.
- **Información** "**hasta la fecha**". Es el costo total de sus medicamentos y los pagos totales realizados desde el 1 de enero.

Ofrecemos cobertura de los medicamentos no cubiertos por Medicare.

- Los pagos realizados por estos medicamentos no se tendrán en cuenta para sus costos y gastos directos totales.
- Para saber qué medicamentos cubre el plan, consulte la Lista de medicamentos.

B. Cómo hacer un seguimiento de los costos de sus medicamentos

Para hacer un seguimiento de los costos de sus medicamentos y los pagos que realiza, usamos los registros que recibimos de usted y de su farmacia. Así puede ayudarnos:

1. **Use su tarjeta de identificación del miembro.**

   Muestre su tarjeta de identificación de miembro cada vez que obtenga un medicamento con receta. Esto nos ayudará a saber qué medicamentos con receta obtiene y cuánto paga.

2. **Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos.**

   Entréguenos las copias de los recibos de los medicamentos por lo que ha pagado. Puede solicitarnos que le reembolsemos lo que pagó.

   Casos en los que debe entregarnos las copias de los recibos:

- Cuando compra un medicamento cubierto en una farmacia de la red a un precio especial o usando una tarjeta de descuentos que forma parte del beneficio de nuestro plan
- Cuando paga un copago por medicamentos que obtiene mediante un programa de asistencia al paciente de un fabricante de medicamentos
- Cuando compra medicamentos cubiertos en una farmacia fuera de la red
- Cuando paga el precio total de un medicamento cubierto

Para saber cómo solicitarnos un reembolso por sus medicamentos, consulte el capítulo 7, sección A, página 118.

3. **Envíenos la información sobre los pagos que otros hayan realizado por usted.**

   Los pagos realizados por ciertas personas y organizaciones también se tienen en cuenta para sus costos y gastos directos. Por ejemplo, los pagos realizados por un programa de asistencia farmacéutica estatal, un programa de asistencia para medicamentos contra el sida, el Servicio de Salud para Indígenas y la mayoría de las organizaciones de caridad se tienen en cuenta para sus costos y gastos directos.

4. **Controle los informes que le enviamos.**

   Cuando recibe una *Explicación de beneficios* por correo postal, verifique que esté completa y no tenga errores. Si cree que algo es incorrecto o falta en el informe, o si tiene alguna pregunta, llame a Servicios para Miembros. Tiene la opción de recibir la Explicación de beneficios de la Parte D en soporte electrónico. Ofrece la misma información y en el mismo formato que la Explicación de beneficios en papel que recibió hoy. Para comenzar a recibir la Explicación de beneficios en soporte electrónico, visite www.caremark.com para registrarse. Recibirá una notificación por correo electrónico cuando tenga una nueva Explicación de beneficios para consultar. Asegúrese de conservar estos informes, ya que son un registro importante de sus gastos en medicamentos.

C. Usted no paga nada por un suministro de medicamentos de un mes o a largo plazo

Con Neighborhood INTEGRITY, usted no paga nada por los medicamentos cubiertos, siempre y cuando cumpla con las reglas del plan.

C1. Los niveles del plan

Los niveles son grupos de medicamentos en la Lista de medicamentos. Todos los medicamentos de la Lista de medicamentos del plan se encuentran en uno de los 3 niveles. No se aplican copagos para los medicamentos con receta y de venta libre que figuran en la Lista de medicamentos de

Neighborhood INTEGRITY. Para conocer los niveles de sus medicamentos, puede consultar la Lista de medicamentos.

Ejemplos de los niveles:

- Los medicamentos del nivel 1 son medicamentos genéricos.
- Los medicamentos del nivel 2 son medicamentos de marca.
- Los medicamentos del nivel 3 son medicamentos con receta y de venta libre que no sean de Medicare.

C2. Sus opciones de farmacia

El importe que paga por un medicamento depende del lugar donde lo obtenga:

- una farmacia de la red; **o**
- una farmacia fuera de la red.

En ciertos casos, cubrimos los medicamentos con receta que se obtienen en farmacias fuera de la red. Consulte el capítulo 5, sección A8, página 97 para saber cuándo se aplica esa regla.

Para conocer más sobre estas opciones de farmacias, consulte el capítulo 5, sección A8, página 97 de este manual y el *Directorio de proveedores y farmacias* del plan.

C3. Obtener un suministro de un medicamento a largo plazo

Para algunos medicamentos, puede obtener un suministro a largo plazo (también se conoce como “suministro extendido”) cuando obtiene su medicamento con receta. Un suministro a largo plazo dura hasta 90 días.

Para conocer más sobre dónde y cómo obtener un suministro de un medicamento a largo plazo, consulte el capítulo 5, sección A7, página 97 o el *Directorio de proveedores y farmacias*.

C4. Lo que usted paga

Su parte del costo cuando obtiene un suministro de un mes o a largo plazo de un medicamento con receta cubierto de los siguientes lugares:

	Una farmacia de la red Un suministro de un mes o de hasta 90 días	**Servicio de pedido por correo del plan** Un suministro de un mes o de hasta 90 días	**Una farmacia de atención a largo plazo de la red** Un suministro de hasta 90 días	**Una farmacia fuera de la red** Un suministro de hasta 90 días. La cobertura se limita en ciertos casos. Consulte el capítulo 5 para conocer más.
Nivel 1 del costo compartido *(medicamentos genéricos)*	$0	$0	$0	$0
Nivel 2 del costo compartido (medicamentos de marca)	$0	$0	$0	$0
Nivel 3 del costo compartido (medicamentos con receta/de venta libre que no sean de Medicare)	$0	$0	$0	$0

Para obtener información sobre las farmacias que pueden darle suministros a largo plazo, consulte el *Directorio de proveedores y farmacias* del plan.

D. Vacunas

El plan cubre las vacunas de la Parte D de Medicare. Existen dos partes en nuestra cobertura de vacunas de la Parte D de Medicare:

1. La primera parte de la cobertura es para el costo de **la vacuna en sí**. La vacuna es un medicamento con receta.

2. La segunda parte de la cobertura es para el costo de **la administración de la vacuna**. Por ejemplo, en ocasiones, puede recibir la vacuna como una inyección que aplica su proveedor.

D1. Lo que necesita saber antes de recibir la vacuna

Le recomendamos que nos llame primero a los Servicios para Miembros cuando esté pensando en recibir una vacuna,

- así podemos decirle cómo el plan cubre la vacuna.

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

Introducción

En este capítulo, se explica cómo y cuándo enviarnos una factura para solicitarnos el pago. También explica cómo presentar una apelación si no está de acuerdo con una decisión sobre la cobertura. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo del *Manual del miembro*.

Índice

A. Cómo solicitarnos que paguemos sus servicios o medicamentos 124

B. Enviarnos una solicitud de pago 126

C. Decisiones sobre la cobertura 127

D. Apelaciones 127

A. Cómo solicitarnos que paguemos sus servicios o medicamentos

No debería recibir ninguna factura por los servicios o medicamentos que obtiene dentro de la red. Los proveedores de nuestra red deben facturar al plan por los servicios y medicamentos que ya recibió. Un proveedor de la red es un proveedor que trabaja con el plan de salud.

Si recibe una factura por la atención médica o medicamentos, envíenos la factura. Para enviarnos una factura, consulte la página 119.

- Si los servicios o medicamentos están cubiertos, le pagaremos directamente al proveedor.
- Si los servicios o medicamentos están cubiertos y usted ya pagó la factura, tiene derecho a un reembolso.
- Si los servicios o medicamentos **no** están cubiertos, se lo informaremos.
- Si está recibiendo servicios y apoyo a largo plazo, es posible que deba pagar parte del costo de los servicios. Medicaid de Rhode Island determina el importe.

Comuníquese con Servicios para Miembros o con su gestor de casos si tiene alguna pregunta. Si recibe una factura y no sabe qué hacer, podemos ayudarlo. También puede llamar si desea darnos información sobre una solicitud de pago que nos envió.

Estos son ejemplos de situaciones cuando puede necesitar pedirle al plan que le reembolse el dinero o que pague una factura que recibió:

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

   Debe solicitarle al proveedor que le facture al plan.

   - Si paga el importe total cuando recibe la atención, solicítenos un reembolso. Envíenos la factura y un comprobante del pago que realizó.
   - Puede recibir una factura del proveedor para solicitarle el pago que usted no cree que debería pagar. Envíenos la factura y un comprobante del pago que realizó.
     - En el caso que corresponda, le pagaremos directamente al proveedor.
     - Si usted ya ha pagado el servicio, le reembolsaremos el importe.

2. **Cuando un proveedor de la red le envía una factura**

   Los proveedores de la red siempre deben facturarle al plan. Muestre su tarjeta de identificación de miembro de Neighborhood INTEGRITY cuando recibe servicios o

medicamentos. La facturación incorrecta/indebida se produce cuando un proveedor (un médico o un hospital) le factura más que el importe del costo compartido del plan por los servicios. **Llame a Servicios para Miembros si recibe una factura.**

- Como Neighborhood INTEGRITY paga el costo total de sus servicios, usted no debe pagar nada. Los proveedores no deberían facturarle nada por estos servicios.
- Cuando reciba una factura de un proveedor de la red, envíenos la factura. Nos pondremos en contacto directamente con el proveedor y nos encargaremos del problema. Sin embargo, si está recibiendo servicios y apoyo a largo plazo, es posible que deba pagar parte del costo de los servicios. Medicaid de Rhode Island determina el importe.
- Si ya ha pagado una factura de un proveedor de la red, envíenos la factura y un comprobante del pago que realizó. Le reembolsaremos por sus servicios cubiertos.

3. **Cuando usa una farmacia fuera de la red para obtener un medicamento con receta**

   Si usa una farmacia fuera de la red, deberá pagar el costo total de su medicamento con receta.

   - Solo en ciertos casos, cubriremos los medicamentos con receta que se obtienen en farmacias fuera de la red. Envíenos una copia de su recibo cuando nos solicite un reembolso.
   - Consulte el capítulo 5, sección A8, página 97 para conocer más sobre las farmacias fuera de la red.

4. **Cuando paga el costo total de un medicamento con receta porque no lleva consigo la tarjeta de identificación del miembro**

   Si no lleva consigo la tarjeta de identificación del miembro, puede solicitarle a la farmacia que llame al plan o que busque su información de inscripción en el plan.

   - Si la farmacia no puede obtener la información que necesita de inmediato, es posible que usted deba pagar el costo total del medicamento con receta.
   - Envíenos una copia de su recibo cuando nos solicite un reembolso.

5. **Cuando paga el costo total de un medicamento con receta que no está cubierto**

   Es posible que pague el costo total de un medicamento con receta porque no está cubierto.

   - Puede ser que el medicamento no figure en la *Lista de medicamentos cubiertos* (Lista de medicamentos) del plan, o bien que tenga un requisito o una restricción que no sabía o que no pensó que se aplicaba a su caso. Si decide obtener le medicamento, es posible que deba pagar su costo total.

  - Si no paga el medicamento, pero piensa que debería estar cubierto, puede solicitar una decisión sobre la cobertura (consulte el capítulo 9, sección 6.4, página 165).
  - Si usted y su médico u otro prescriptor piensan que necesita el medicamento de inmediato, puede solicitar una decisión rápida sobre la cobertura (consulte el capítulo 9, sección 5.3, página 150).

- Envíenos una copia de su recibo cuando nos solicite un reembolso. En algunos casos, podemos necesitar más información de su médico u otro prescriptor para que le reembolsemos el medicamento.

Cuando nos envía una solicitud de pago, la revisaremos y decidiremos si el servicio o medicamento debería estar cubierto. Esto se llama “tomar una decisión sobre la cobertura”. Si decidimos que debería tener cobertura, pagaremos el servicio o el medicamento. Si rechazamos su solicitud de pago, puede apelar nuestra decisión.

Para conocer cómo presentar una apelación, consulte el capítulo 9, sección 6.5, página 169.

B. Enviarnos una solicitud de pago

Envíenos la factura y un comprobante del pago que realizó. El comprobante del pago puede ser una copia del cheque que usted liberó o un recibo del proveedor. **Es recomendable que haga una copia de la factura y los recibos para sus registros.** Puede solicitarle ayuda a su gestor de casos.

Solicitud de pago por servicios médicos y equipos médicos duraderos (DME)

Envíe su solicitud de pago junto con las facturas y los recibos a la siguiente dirección:

Neighborhood Health Plan of Rhode Island

Attn: Member Services

910 Douglas Pike

Smithfield, RI 02917

Solicitud de pago por medicamentos con receta de la Parte D

Envíe su solicitud de pago junto con las facturas y los recibos a la siguiente dirección:

CVS Caremark®

PO Box 52066

Phoenix, AZ 85072-2066

Solicitud de pago por servicios de salud conductual

Envíe su solicitud de pago junto con las facturas y los recibos a la siguiente dirección:

Optum®

PO Box 30760

Salt Lake City, UT 84130-0760

C. Decisiones sobre la cobertura

Cuando recibamos su solicitud de pago, tomaremos una decisión sobre la cobertura. Esto significa que decidiremos si su atención médica o su medicamento están cubiertos por el plan. También decidiremos el importe (si corresponde) que debe pagar por la atención médica o el medicamento.

- Le haremos saber si necesitamos que nos envíe más información.
- Si decidimos que la atención médica o el medicamento están cubiertos y usted cumplió con todas las reglas para recibirlos, pagaremos lo que corresponda. Si usted ya pagó por el servicio o el medicamento, le enviaremos por correo postal un cheque por lo que pagó. Si usted aún no ha pagado el servicio o el medicamento, le pagaremos directamente al proveedor.

En el capítulo 3, sección B, página 32, se explican las reglas para obtener sus servicios que están cubiertos. En el capítulo 5, sección B, página 98, se explican las reglas para obtener sus medicamentos con receta de la Parte D de Medicare que están cubiertos.

- Si decidimos no pagar el servicio o el medicamento, le enviaremos una carta donde se explican las razones. En la carta también se explicarán sus derechos para presentar una apelación.
- Para conocer más sobre las decisiones de cobertura, consulte el capítulo 9, sección 5.2, página 148.

D. Apelaciones

Si cree que hemos cometido un error al rechazar su solicitud de pago, puede pedirnos que cambiemos nuestra decisión. Esto se llama “presentar una apelación”. También puede presentar una apelación si no está de acuerdo con el importe que pagamos.

El proceso de apelación es un proceso formal con procedimientos detallados y plazos importantes. Para conocer más sobre el proceso de apelación, consulte el capítulo 9, sección 5.3 y sección 6.5, en las páginas 150 y 169.

- Si desea presentar una apelación para obtener un reembolso por un servicio de atención médica, vaya a la página 149.
- Si desea presentar una apelación para obtener un reembolso por un medicamento, vaya a la página 165.

Capítulo 8: Sus derechos y responsabilidades

Introducción

Este capítulo incluye información sobre sus derechos y responsabilidades como miembro de nuestro plan. Debemos respetar sus derechos. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo del *Manual del miembro*.

Índice

A. Su derecho a obtener información de una manera que satisfaga sus necesidades 130

B. Nuestra responsabilidad de tratarlo con respeto, igualdad y dignidad en todo momento 131

C. Nuestra responsabilidad de garantizar que usted obtenga acceso oportuno a los servicios y medicamentos cubiertos 132

D. Nuestra responsabilidad de proteger su información de salud personal (PHI) 133

D1. Cómo protegemos su PHI 133

D2. Usted tiene derecho a consultar sus registros médicos 134

E. Nuestra responsabilidad de proporcionarle información sobre el plan, sus proveedores de la red y sus servicios cubiertos 134

F. Incapacidad de los proveedores de la red para facturarle directamente 135

G. Su derecho a retirarse del plan 136

H. Su derecho a tomar decisiones sobre la atención médica 136

H1. Su derecho a conocer sus opciones de tratamiento y a tomar decisiones sobre la atención médica 136

H2. Su derecho a expresar lo que quiere que suceda si no puede tomar decisiones sobre su atención médica por sus propios medios. 137

H3. Qué hacer si no se siguen sus instrucciones 138

I. Su derecho a presentar quejas y a pedirnos que reconsideremos las decisiones que tomamos 138

I1. Qué hacer si cree que está siendo tratado injustamente o que sus derechos no se están respetando 138

I2. Cómo obtener más información sobre sus derechos 139

J. Sus responsabilidades como miembro del plan 140

A. Su derecho a obtener información de una manera que satisfaga sus necesidades

We must tell you about the plan's benefits and your rights in a way that you can understand. We must tell you about your rights each year that you are in our plan.

- To get information in a way that you can understand, call Member Services. Our plan has people who can answer questions in different languages.
- Our plan can also give you materials in Spanish and Portuguese and in formats such as large print, braille, or audio. Call Member Services at 1-844-812-6896 (TTY 711) from 8 am to 8 pm, Monday – Friday; 8 am to 12 pm on Saturday to make a standing request to receive your materials now and in the future in your requested language or alternate format.
- If you are having trouble getting information from our plan because of language problems or a disability and you want to file a complaint, call Medicare at 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). You can call 24 hours a day, seven days a week. TTY users should call 1-877-486-2048. To file a complaint with Rhode Island Medicaid, contact the Executive Office of Health and Human Services (EOHHS) at 1-855-697-4347 (TTY 711). You may also go to your local Rhode Island Department of Human Services (DHS) office for in-person assistance.

Tenemos la obligación de informarle acerca de los beneficios del plan y sus derechos de una manera fácil de entender. Debemos informarle sobre sus derechos anualmente mientras usted esté en nuestro plan.

- Llame a Servicios para Miembros para informarse mejor. Un miembro de nuestro personal responderá sus preguntas en el idioma que usted requiera.
- Nuestro plan también puede proporcionarle los materiales en otros idiomas que no sean el inglés y en formatos como letra grande, braille o audio. Llame a Servicios para Miembros para que en adelante le enviemos los documentos en el idioma o formato que usted solicite.
- Si tiene dificultad para obtener información de nuestro plan debido a problemas con el idioma o por una discapacidad, y quiere presentar una queja, puede llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) a cualquier hora de cualquier día de la semana. Los usuarios de teléfono de texto (TTY) deben llamar al 1-877-486-2048.

Devemos informá-lo sobre os benefícios do plano e os seus direitos de uma forma que possa entender. Nós devemos falar-lhe sobre os seus direitos a cada ano que você está no nosso plano.

- Para obter informações de uma maneira que possa entender, ligue para Serviços de Membro. O nosso plano tem pessoas que podem responder a perguntas em diferentes línguas.
- O nosso plano também pode fornecer materiais em outras línguas além do inglês e em formatos como impressão grande, braile ou áudio. Ligue para Serviços de Membro para fazer um pedido permanente e receber os seus materiais agora e no futuro, na língua pedida ou formato alternativo.
- Se estiver a ter problemas em obter informações do nosso plano devido a problemas de linguagem ou deficiência e deseja fazer uma reclamação, ligue para o Medicare através do número 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Pode ligar 24 horas por dia, sete dias por semana. Os usuários de TTY devem ligar para o número 1-877-486-2048. Para registar uma queixa junto do Medicaid de Rhode Island, entre em contacto com o Escritório Executivo de Saúde e Serviços Humanos (EOHHS) pelo número de telefone 1-855-697-4347 (TTY 711). Também pode dirigir-se ao seu escritório local do Departamento de Serviços Humanos de Rhode Island (DHS) para obter assistência pessoal.

B. Nuestra responsabilidad de tratarlo con respeto, igualdad y dignidad en todo momento

Nuestro plan debe cumplir con las leyes que lo protegen de la discriminación o el trato injusto. **No discriminamos** a los miembros por ninguno de los siguientes motivos:

- Edad
- Apelaciones
- Comportamiento
- Antecedentes de reclamaciones
- Etnia
- Evidencia de asegurabilidad
- Identidad de género
- Información genética
- Ubicación geográfica dentro del área de servicio
- Estado de salud
- Antecedentes médicos
- Capacidad mental
- Discapacidad física o mental
- Nacionalidad
- Raza
- Recepción de atención médica
- Religión
- Sexo
- Orientación sexual
- Uso de los servicios

Según las normas del plan, usted tiene derecho a no sufrir ningún tipo de restricción física o reclusión que se utilizaría como medio de coerción, fuerza, disciplina, conveniencia o represalia.

No podemos denegarle servicios ni sancionarlo por ejercer sus derechos.

- Para obtener más información, o si tiene inquietudes sobre la discriminación o el trato injusto, llame a la **Oficina de Derechos Civiles** del Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1-800-368-1019 (para TTY, marque 1-800-537-7697). También puede visitar http://www.hhs.gov/ocr para obtener más información.

- También puede llamar a la Oficina de Derechos Civiles local, Comisión de Derechos Humanos de Rhode Island, al 1-401-222-2661. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-401-222-2664.

- Oficial de enlace de relaciones comunitarias del Departamento de Servicios Humanos de Rhode Island al 1-401-415-8216. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-401-462-6239 o al 711.

- Si tiene una discapacidad y necesita ayuda para acceder a la atención o a un proveedor, llame a Servicios para Miembros. Si tiene una queja, como un problema con el acceso para sillas de ruedas, el personal de Servicios para Miembros puede ayudarlo.

C. Nuestra responsabilidad de garantizar que usted obtenga acceso oportuno a los servicios y medicamentos cubiertos

Si no puede obtener los servicios dentro de un plazo razonable, tenemos que pagar por la atención fuera de la red.

Como miembro de nuestro plan:

- Usted tiene derecho a elegir un proveedor de atención primaria (PCP) de la red del plan. Un proveedor de la red es un proveedor que trabaja con el plan de salud. Puede encontrar más información sobre cómo elegir un PCP en el capítulo 3, sección D, página 34.
    - Llame a Servicios para Miembros o consulte el *Directorio de proveedores y farmacias* para obtener más información sobre los proveedores de la red y qué proveedores están aceptando nuevos pacientes.

- No es necesario que obtenga derivaciones.

- Usted tiene derecho a obtener servicios cubiertos de los proveedores de la red dentro de un plazo razonable.

  - Esto incluye el derecho a recibir servicios oportunos de especialistas.

- Usted tiene derecho a recibir servicios de emergencia o atención que se necesite con urgencia sin autorización previa.

- Tiene derecho a obtener sus medicamentos con receta en cualquiera de nuestras farmacias de la red sin grandes demoras.

- Tiene derecho a saber cuándo puede atenderse con un proveedor fuera de la red. Para obtener más información sobre los proveedores fuera de la red, consulte el capítulo 3, sección D4, página 37.

En el capítulo 9, sección 3, página 142 encontrará información sobre lo que puede hacer si cree que no está recibiendo los servicios o los medicamentos dentro de un plazo razonable. En el capítulo 9, sección 5.3, página 150 también encontrará información sobre lo que puede hacer si le hemos negado la cobertura de sus servicios o medicamentos y usted no está de acuerdo con nuestra decisión.

D. Nuestra responsabilidad de proteger su información de salud personal (PHI)

Protegemos su información de salud personal (PHI) según se estipula en las leyes federales y estatales.

Su PHI incluye la información que usted nos proporcionó cuando se inscribió en este plan. También incluye sus registros médicos y otra información médica y de salud.

Usted tiene derecho a obtener información y a controlar cómo se utiliza su PHI. Le enviamos un aviso por escrito en el que se le informa sobre estos derechos. El aviso se llama “Aviso de prácticas de privacidad”. En el aviso también se explica cómo protegemos la privacidad de su PHI.

D1. Cómo protegemos su PHI

Nos aseguramos de que las personas no autorizadas no accedan a sus registros ni los modifiquen.

En la mayoría de los casos, no proporcionamos su información de salud a ninguna persona que no le esté proporcionando atención ni esté pagando por dicha atención. Si lo hacemos, se nos exige que primero obtengamos un permiso por escrito de usted. Usted o alguna persona que tenga el poder legal para tomar decisiones en su nombre pueden proporcionarnos el permiso por escrito.

Hay ciertos casos en los que no tenemos que obtener primero su permiso por escrito. Estas excepciones están permitidas o se exigen por ley.

- Se nos exige que divulguemos la PHI a las agencias gubernamentales que controlan la calidad de nuestra atención.
- Estamos obligados a proporcionar su PHI a Medicare. Si Medicare divulga su PHI para fines de investigación u otros usos, esto se llevará a cabo de acuerdo con las leyes federales.
- Estamos obligados a presentar información médica anónima sobre el uso y los costos de la atención médica de los miembros a la Base de Datos de Reclamaciones de Todos los Pagadores (APCD) de Rhode Island, HealthFacts RI. La información personal nunca se divulga. Si usted decide que su información no se incluya, puede darse de baja mediante el sitio web, en www.riapcdoptout.com. Si no tiene acceso al Internet, llame a la Rhode Island Health Insurance Consumer Support Line ([RI-REACH, Línea de Asistencia al Consumidor de Seguros de Salud de Rhode Island] un programa de la Red de Información para Padres de Rhode Island) al 1-855-747-3224.

D2. Usted tiene derecho a consultar sus registros médicos

Usted tiene derecho a consultar sus registros médicos y obtener una copia de sus registros. Se nos permite cobrarle una tarifa por hacer una copia de sus registros médicos.

Usted tiene el derecho de pedirnos que actualicemos o corrijamos sus registros médicos. Si nos pide que lo hagamos, nos comunicaremos con su proveedor de atención médica para decidir si se deben hacer los cambios.

Usted tiene derecho a saber si su PHI se ha compartido con otras personas y de qué manera.

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

E. Nuestra responsabilidad de proporcionarle información sobre el plan, sus proveedores de la red y sus servicios cubiertos

Como miembro de Neighborhood INTEGRITY, tiene el derecho de obtener información de nuestra parte. Si usted no habla inglés, tenemos servicios de intérprete gratuitos para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud. Para obtener los servicios de un intérprete, simplemente llámenos al 1-844-812-6896 (para TTY, marque 711). Este es un servicio gratuito. Nuestro plan también puede proporcionarle documentos en inglés y portugués. Además, podemos proporcionarle información en letra grande, braille o audio.

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

- Nuestro plan, incluido lo siguiente:

  - Información financiera
  - Cómo ha sido calificado el plan por los miembros del plan
  - La cantidad de apelaciones realizadas por los miembros
  - Cómo retirarse del plan
- Nuestros proveedores de la red y nuestras farmacias de la red, incluidos los siguientes:
  - Cómo elegir o cambiar los proveedores de atención primaria
  - Calificaciones de nuestros proveedores y farmacias de la red
  - Cómo pagamos a los proveedores de nuestra red
  - Para obtener una lista de proveedores y farmacias de la red del plan, consulte el *Directorio de proveedores y farmacias*. Para obtener información más detallada sobre nuestros proveedores o farmacias, llame a Servicios para Miembros o visite nuestro sitio web, en www.nhpri.org/INTEGRITY.
- Servicios y medicamentos cubiertos y acerca de las normas que debe cumplir, incluidos las siguientes:
  - Servicios y medicamentos cubiertos por el plan
  - Límites de su cobertura y medicamentos
  - Normas que debe cumplir para obtener servicios y medicamentos cubiertos
- Por qué un producto o servicio no está cubierto y qué puede hacer al respecto, incluso pedirnos lo siguiente:
  - Redactar un informe escrito sobre el motivo por el que el producto o servicio no está cubierto
  - Cambiar una decisión que tomamos
  - Pagar una factura que usted haya recibido

F. Incapacidad de los proveedores de la red para facturarle directamente

Los médicos, hospitales y otros proveedores de nuestra red no pueden hacerle pagar por los servicios cubiertos. Tampoco pueden cobrarle si nosotros pagamos menos de lo que el proveedor nos cobró. La única excepción a esto es si usted está recibiendo servicios y apoyo a largo plazo (LTSS) y Medicaid de Rhode Island determina que usted tiene que pagar una parte del costo de

estos servicios. Para saber qué hacer si un proveedor de la red trata de cobrarle los servicios cubiertos, consulte el capítulo 7, sección A, página 118.

G. Su derecho a retirarse del plan

Nadie puede obligarlo a permanecer en nuestro plan si no lo desea.

- Usted tiene derecho a obtener la mayoría de los servicios de atención médica a través de Original Medicare o de un plan de Medicare Advantage.
- Puede obtener sus beneficios de medicamentos con receta de la Parte D de Medicare de un plan de medicamentos con receta o de un plan de Medicare Advantage.
- Consulte el capítulo 10, sección C, página 195 para obtener más información sobre cuándo puede inscribirse en un nuevo plan de Medicare Advantage o de beneficios de medicamentos con receta.
- Si usted se retira de nuestro plan, estará inscrito en el programa Fee For Service (FFS, Pago por Servicio) de Medicaid de Rhode Island para recibir los servicios de Medicaid. Para obtener más información acerca del programa Fee For Service de Medicaid de Rhode Island, llame al 1-401-784-8877 de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 3:30 p. m.

H. Su derecho a tomar decisiones sobre la atención médica

H1. Su derecho a conocer sus opciones de tratamiento y a tomar decisiones sobre la atención médica

Usted tiene derecho a obtener información completa de sus médicos y otros proveedores de atención médica cuando reciba los servicios. Asimismo, los proveedores deben explicarle su afección y las opciones de tratamiento de un modo que pueda comprender. Usted tiene los siguientes derechos:

- **Conocer sus opciones.** Usted tiene derecho a que le informen sobre todo tipo de tratamiento para sus afecciones de salud.
- **Conocer los riesgos.** Usted tiene derecho a que se le informe sobre cualquier riesgo implicado. Se le debe informar con anticipación si algún servicio o tratamiento es parte de un experimento de investigación. Usted tiene derecho a rechazar tratamientos experimentales.
- **Obtener una segunda opinión.** Usted tiene derecho a consultar a otro proveedor antes de decidir sobre el tratamiento.

- **Decir “no”.** Usted tiene derecho a rechazar cualquier tratamiento. Esto incluye el derecho a retirarse del hospital u otro centro médico, incluso si su proveedor le aconseja que no lo haga. Usted también tiene el derecho de dejar de tomar un medicamento. Si rechaza el tratamiento o deja de tomar un medicamento, no será excluido del plan. Sin embargo, si rechaza el tratamiento o deja de tomar un medicamento, acepta toda la responsabilidad por lo que le pueda suceder.

- **Pedirnos que le expliquemos por qué un proveedor le negó la atención.** Usted tiene el derecho de obtener una explicación de nuestra parte si un proveedor le ha negado la atención que usted cree que debe recibir.

- **Solicitarnos que cubramos un servicio o medicamento que se denegó o que, por lo general, no está cubierto.** Esto se llama decisión sobre la cobertura. En el capítulo 9, sección 4.2, página 143, se explica cómo solicitar al plan una decisión sobre la cobertura.

H2. Su derecho a expresar lo que quiere que suceda si no puede tomar decisiones sobre su atención médica por sus propios medios.

A veces las personas son incapaces de tomar decisiones de salud por sí mismas. Antes de que eso le ocurra, puede hacer lo siguiente:

- Completar un formulario por escrito para **otorgarle a otra persona el derecho de tomar decisiones de atención médica por usted**.

- **Darles a sus proveedores instrucciones escritas** sobre cómo quiere que manejen su atención médica si usted no puede tomar decisiones por sus propios medios.

El documento legal que usted puede usar para especificar las instrucciones se llama directiva anticipada. Hay diferentes tipos de directivas anticipadas y se conocen con diferentes nombres. Algunos ejemplos son un testamento vital y un poder notarial para la atención médica.

Usted no tiene la obligación de usar una directiva anticipada, pero puede hacerlo si así lo desea. A continuación, le explicamos cómo hacerlo:

- **Obtenga el formulario.** Puede obtener un formulario de su proveedor, un abogado, una agencia de servicios legales o un trabajador social. Las organizaciones que proporcionan información sobre Medicare o Medicaid, como The POINT, también pueden tener formularios de directivas anticipadas.

- **Complete y firme el formulario.** El formulario es un documento legal. Debe considerar la posibilidad de que un abogado lo ayude a prepararlo.

- **Entregue copias a las personas que necesiten tener conocimiento del evento.** Debe entregar una copia del formulario a su proveedor. También debe darle una copia a la persona que usted designe como la que tomará las decisiones por usted. También puede proporcionar copias a amigos cercanos o familiares. Asegúrese de tener una copia en su casa.

- Si lo hospitalizarán y ha firmado una directiva anticipada, **lleve una copia al hospital**.

El personal del hospital le preguntará si ha firmado un formulario de directivas anticipadas y si lo tiene con usted.

Si no ha firmado un formulario de directivas anticipadas, el hospital tiene formularios disponibles y le preguntará si desea firmar uno.

Recuerde: es su decisión completar o no una directiva anticipada.

H3. Qué hacer si no se siguen sus instrucciones

Si usted ha firmado una directiva anticipada y cree que un proveedor o el hospital no siguieron las instrucciones especificadas en dicho documento, puede presentar una queja ante el Departamento de Salud de Rhode Island, en:

Department of Health

3 Capitol Hill

Providence, RI 02908.

I. Su derecho a presentar quejas y a pedirnos que reconsideremos las decisiones que tomamos

En el capítulo 9, sección 3, página 142 se le brinda información sobre lo que puede hacer si tiene algún problema o inquietud acerca de los servicios o la atención cubiertos. Por ejemplo, puede pedirnos que tomemos una decisión sobre la cobertura, presentar una apelación para que cambiemos una decisión sobre la cobertura o presentar una queja.

Usted tiene derecho a obtener información sobre las apelaciones y quejas que otros miembros han presentado contra nuestro plan. Para obtener esta información, llame a Servicios para Miembros.

I1. Qué hacer si cree que está siendo tratado injustamente o que sus derechos no se están respetando

Si usted cree que ha sido tratado injustamente y **no** se trata de discriminación por las razones enumeradas en la página 125, puede obtener ayuda de estas maneras:

- Llamando por teléfono a Servicios para Miembros.
- Llamando a The POINT al 1-401-462-4444. Los usuarios de TTY deben llamar al 711. The POINT proporciona información y derivaciones para obtener programas y servicios para ancianos, adultos con discapacidades y sus cuidadores.
- Llamando a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- A través de RIPIN Healthcare Advocate (Defensoría de Atención Médica de la RIPIN [Red de información para padres de Rhode Island]). Para obtener más información sobre esta organización y cómo comunicarse con ella, consulte el capítulo 2, sección I, página 25.
- The Alliance for Better Long Term Care (Alianza para un Mejor Cuidado a Largo Plazo). Para obtener más información sobre esta organización y cómo comunicarse con ella, consulte el capítulo 2, sección J, página 26.

I2. Cómo obtener más información sobre sus derechos

Hay varias maneras de obtener más información sobre sus derechos:

- Llame a Servicios para Miembros.
- Llame a The POINT al 1-401-462-4444. Los usuarios de TTY deben llamar al 711. The POINT proporciona información y derivaciones para obtener programas y servicios para ancianos, adultos con discapacidades y sus cuidadores.
- Comuníquese con Medicare.
    - Visite el sitio web de Medicare para leer o descargar el documento “Medicare Rights & Protections” (Derechos y protecciones de Medicare) (visite https://www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and- Protections.pdf).
    - Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- Llame a RIPIN Healthcare Advocate. Para obtener más información sobre esta organización y cómo comunicarse con ella, consulte el capítulo 2, sección I, página 25.
- Puede llamar a The Alliance for Better Long Term Care. Para obtener más información sobre esta organización y cómo comunicarse con ella, consulte el capítulo 2, sección J, página 26.

J. Sus responsabilidades como miembro del plan

Como miembro del plan, usted tiene la responsabilidad de hacer lo que se enumera a continuación. Si tiene alguna pregunta, llame a Servicios para Miembros.

- **Lea el *Manual del miembro*** para saber qué está cubierto y qué normas debe cumplir para obtener servicios y medicamentos cubiertos.
  - Para conocer los servicios cubiertos, consulte los capítulos 3 y 4 en las páginas 30 y 47. Esos capítulos le informan sobre lo que está cubierto, lo que no está cubierto, qué normas debe cumplir y lo que debe pagar.
  - Para conocer los medicamentos cubiertos, consulte los capítulos 5 y 6 en las páginas 91 y 110.
- **Infórmenos acerca de cualquier otra cobertura de salud o de medicamentos con receta** que tenga. Estamos obligados a garantizar que usted esté usando todas sus opciones de cobertura cuando reciba atención médica. Llame a Servicios para Miembros si tiene otra cobertura.
- **Infórmele a su médico y a otros proveedores de atención médica** que usted está inscrito en nuestro plan. Muestre su tarjeta de identificación de miembro cada vez que reciba servicios o medicamentos.
- **Ayude a sus médicos** y otros proveedores de atención médica a brindarle la mejor atención.
  - Proporcióneles la información que necesitan saber sobre usted y su salud. Infórmese todo lo que pueda sobre sus problemas de salud. Siga los planes de tratamiento y las instrucciones que usted y sus proveedores hayan acordado.
  - Asegúrese de que sus médicos y otros proveedores conozcan todos los medicamentos que usted está tomando. Esto incluye medicamentos con receta, medicamentos de venta libre, vitaminas y suplementos.
  - Si tiene alguna pregunta, asegúrese de hacerla. Sus médicos y otros proveedores deben explicarle de una manera que usted pueda entender. Si hace una pregunta y no entiende la respuesta, pregunte de nuevo.
- **Sea considerado.** Esperamos que todos nuestros miembros respeten los derechos de otros pacientes. También esperamos que usted actúe con respeto en el consultorio de su médico, en los hospitales y en los consultorios de otros proveedores.

- **Pague lo que debe.** Como miembro del plan, usted es responsable de realizar estos pagos:
  - Las primas de la Parte A y la Parte B de Medicare. Para la mayoría de los miembros de Neighborhood INTEGRITY, Medicaid paga la prima de la Parte A y la prima de la Parte B.
  - Si usted recibe LTSS, es posible que tenga que pagar parte del costo de sus servicios. Medicaid de Rhode Island determina el importe.
  - **Si obtiene servicios o medicamentos que no están cubiertos por nuestro plan, debe pagar el costo total.**
  - Si no está de acuerdo con nuestra decisión de no cubrir un servicio o medicamento, puede presentar una apelación. Consulte el capítulo 9, sección 5.3 y sección 6.5 en las páginas 150 y 169 para obtener más información sobre cómo presentar una apelación.
- **Infórmenos si se muda.** Si va a mudarse, es importante que nos lo comunique de inmediato. Llame a Servicios para Miembros.
  - **Si se muda fuera de nuestra área de servicio, no puede permanecer en este plan.** Solo las personas que viven en nuestra área de servicio pueden obtener cobertura de Neighborhood INTEGRITY. En el capítulo 1, sección D, página 8 encontrará información sobre nuestra área de servicio.
  - Podemos ayudarlo a determinar si se mudará fuera de nuestra área de servicio. Durante un período de inscripción especial, puede cambiarse a Medicare Original o inscribirse en un plan de salud o de medicamentos con receta de Medicare en su nuevo lugar de residencia.
  - Además, asegúrese de informar su nueva dirección a Medicare y Medicaid cuando se mude. Consulte el capítulo 2, sección G y sección H en las páginas 23 y 24 para conocer los números de teléfono de Medicare y Medicaid.
  - **Si se muda dentro de nuestra área de servicio, necesitamos saberlo de todos modos.** Necesitamos mantener su registro de membresía actualizado y saber cómo contactarlo.
- Llame a Servicios para Miembros para obtener ayuda si tiene preguntas o inquietudes.

Capítulo 9: Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones sobre la cobertura, apelaciones, quejas)

¿Qué incluye este capítulo?

Este capítulo contiene información sobre sus derechos. Lea este capítulo para saber qué hacer en los siguientes casos:

- Tiene un problema o una queja sobre su plan.
- Necesita un servicio, artículo o medicamento que su plan ha dicho que no pagará.
- No está de acuerdo con una decisión que su plan ha tomado sobre su atención.
- Cree que sus servicios cubiertos están terminando demasiado pronto.

Si tiene un problema o una inquietud, solo necesita leer las partes de este capítulo que se apliquen a su situación. Este capítulo está dividido en diferentes secciones para ayudarlo a encontrar fácilmente lo que está buscando.

Si está experimentando un problema de salud o con los servicios y el apoyo a largo plazo

Debe recibir la atención médica, los medicamentos y los servicios y el apoyo a largo plazo que su médico y otros proveedores determinen que son necesarios para su atención como parte de su plan de atención médica. **Si tiene un problema con la atención que recibe, puede llamar a RIPIN Healthcare Advocate al 1-855-747-3224 para obtener ayuda.** En este capítulo se explican las diferentes opciones que tiene para los diferentes problemas y quejas, pero siempre puede llamar a RIPIN Healthcare Advocate para que le brinde asistencia con su problema.

Para obtener recursos adicionales para abordar sus inquietudes y maneras de comunicarse con ellos, consulte el capítulo 2, sección I, página 25 para obtener más información sobre RIPIN Healthcare Advocate.

Índice

¿Qué incluye este capítulo? 142

Si está experimentando un problema de salud o con los servicios y el apoyo a largo plazo 142

Sección 1: Introducción 145

- Sección 1.1: Qué debe hacer si tiene un problema 145
- Sección 1.2: ¿Qué sucede con los términos legales? 145

Sección 2: Dónde llamar para pedir ayuda 146

- Sección 2.1: Dónde obtener más información y ayuda 146

Sección 3: Problemas con sus beneficios 148

- Sección 3.1: ¿Debería usar el proceso para decisiones sobre la cobertura y apelaciones? ¿O desea presentar una queja? 148

Sección 4: Decisiones sobre la cobertura y apelaciones 149

- Sección 4.1: Descripción general de las decisiones sobre la cobertura y apelaciones 149
- Sección 4.2: Cómo obtener ayuda con las decisiones sobre la cobertura y las apelaciones 149
- Sección 4.3: ¿Qué sección de este capítulo lo ayudará? 150

Sección 5: Problemas con los servicios, artículos y medicamentos (no los medicamentos de la Parte D) 153

- Sección 5.1: Cuándo usar esta sección 153
- Sección 5.2: Cómo solicitar una decisión sobre la cobertura 154
- Sección 5.3: Apelación de nivel 1 para servicios, artículos y medicamentos (no los medicamentos de la Parte D) 156
- Sección 5.4: Apelación de nivel 2 para servicios, artículos y medicamentos (no los medicamentos de la Parte D) 160
- Sección 5.5: Problemas de pago 165

Sección 6: Medicamentos de la Parte D 168

- Sección 6.1: Qué debe hacer si tiene problemas para obtener un medicamento de la Parte D o si desea que le reembolsemos por un medicamento de la Parte D 168
- Sección 6.2: ¿Qué es una excepción? 169
- Sección 6.3: Aspectos importantes que debe conocer sobre cómo solicitar excepciones ... 171
- Sección 6.4: Cómo solicitar una decisión sobre la cobertura de un medicamento de la Parte D o el reembolso de un medicamento de la Parte D, incluida una excepción 171

- Sección 6.5: Apelación de nivel 1 para medicamentos de la Parte D 175
- Sección 6.6: Apelación de nivel 2 para medicamentos de la Parte D 177

Sección 7: Cómo pedirnos que cubramos una hospitalización más prolongada..... 180

- Sección 7.1: Conocer sus derechos de Medicare 180
- Sección 7.2: Apelación de nivel 1 para cambiar la fecha de alta del hospital 181
- Sección 7.3: Apelación de nivel 2 para cambiar la fecha de alta del hospital 184
- Sección 7.4: ¿Qué sucede si no cumplo con los plazos de apelación? 185

Sección 8: Qué debe hacer si cree que sus servicios de atención médica en el hogar, la atención de enfermería especializada o los servicios de un centro integral de rehabilitación para pacientes ambulatorios (CORF) están terminando demasiado pronto 188

- Sección 8.1: Le informaremos de manera anticipada cuándo terminará su cobertura..... 188
- Sección 8.2: Apelación de nivel 1 para seguir recibiendo atención 189
- Sección 8.3: Apelación de nivel 2 para seguir recibiendo atención 191
- Sección 8.4: ¿Qué sucede si no cumple con el plazo para presentar su apelación de nivel 1? 192

Sección 9: Cómo derivar una apelación más allá del nivel 2 195

- Sección 9.1: Próximos pasos para los servicios y artículos de Medicare 195
- Sección 9.2: Próximos pasos para los servicios y artículos de Medicaid..... 195

Sección 10: ¿Cómo presento una queja? 196

- Sección 10.1: Quejas internas 198
- Sección 10.2: Quejas externas 199

Sección 1: Introducción

• Sección 1.1: Qué debe hacer si tiene un problema

En este capítulo se le indica qué debe hacer si tiene un problema con su plan o con los servicios o pagos. Medicare y Medicaid aprobaron estos procesos y cada uno de ellos tiene un conjunto de normas, procedimientos y plazos que tanto usted como nosotros debemos cumplir.

• Sección 1.2: ¿Qué sucede con los términos legales?

Hay términos legales difíciles para referirse a algunas de las normas y los plazos en este capítulo. Muchos de estos términos pueden ser difíciles de entender, por lo que hemos utilizado palabras más sencillas en lugar de ciertos términos legales. Utilizamos abreviaturas lo menos posible.

Por ejemplo, diremos:

- “Presentar una queja” en lugar de “presentar una demanda”.
- “Decisión sobre la cobertura” en lugar de “determinación de la organización”, “determinación de beneficios”, “determinación de riesgo” o “determinación de cobertura”.
- “Decisión rápida de cobertura” en lugar de “determinación acelerada”.

Conocer los términos legales adecuados puede ayudarlo a comunicarse con mayor claridad, por lo que también se los proporcionamos.

Sección 2: Dónde llamar para pedir ayuda

• Sección 2.1: Dónde obtener más información y ayuda

A veces puede ser confuso comenzar o continuar el proceso para lidiar con un problema. Esto puede ser especialmente cierto si usted no se siente bien o no tiene mucha energía. Otras veces, es posible que no tenga el conocimiento que necesita para dar el siguiente paso.

Usted puede obtener ayuda de RIPIN Healthcare Advocate

Si necesita ayuda, siempre puede llamar a RIPIN Healthcare Advocate. RIPIN Healthcare Advocate es un programa de defensores que pueden responder a sus preguntas y ayudarlo a entender qué hacer para abordar su problema. Consulte el capítulo 2, sección I, página 25 para obtener más información sobre los programas de defensores.

RIPIN Healthcare Advocate no tiene relación con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud. Ellos pueden ayudarlo a entender qué proceso utilizar. El número de teléfono de RIPIN Healthcare Advocate es 1-855-747-3224. Los servicios son gratuitos.

Puede obtener ayuda del SHIP

También puede llamar al SHIP. Los consejeros del SHIP pueden responder sus preguntas y ayudarlo a entender qué hacer para abordar su problema. El SHIP no tiene relación con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud. El SHIP tiene consejeros capacitados en cada estado, y los servicios son gratuitos. Llame a The POINT al 1-401-462-4444 si desea hablar con un consejero del SHIP.

Cómo obtener ayuda de Medicare

Puede llamar a Medicare directamente para obtener ayuda con sus problemas. Aquí hay dos maneras de obtener ayuda de Medicare:

- Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas, los 7 días de la semana. Para TTY, marque 1-877-486-2048. La llamada es gratuita.
- Visite el sitio web de Medicare, en http://www.medicare.gov.

Cómo obtener ayuda de Medicaid

También puede obtener ayuda de Medicaid. Comuníquese con la Línea de información del Departamento de Servicios Humanos (DHS) de Rhode Island al 1-855-697-4347 (para TTY, marque 711) para obtener ayuda con Medicaid.

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

Rhode Island tiene una organización llamada KEPRO. La organización es un grupo de médicos y otros profesionales de atención médica que ayudan a mejorar la calidad de la atención de las personas con Medicare. KEPRO no tiene relación con Neighborhood INTEGRITY.

- Llame al 1-888-319-8452 de lunes a viernes, de 9 a. m. a 5 p. m. y los sábados, domingos y feriados, de 11 a. m. a 3 p. m. Está disponible un servicio de correo de voz las 24 horas. Para TTY, marque 1-855-843-4776. Este número es para personas que tienen problemas de audición o del habla. Debe tener un equipo telefónico especial para llamar a esta línea.
- Escriba a la siguiente dirección: KEPRO

  5700 Lombardo Drive, Suite 100

  Seven Hills, OH 44131
- Visite el sitio web de KEPRO, en https://www.keproqio.com/

Sección 3: Problemas con sus beneficios

• Sección 3.1: ¿Debería usar el proceso para decisiones sobre la cobertura y apelaciones? ¿O desea presentar una queja?

Si tiene un problema o una inquietud, solo necesita leer las partes de este capítulo que se apliquen a su situación. La siguiente tabla lo ayudará a encontrar la sección correcta de este capítulo para obtener información sobre problemas o quejas.

¿Su problema o inquietud son los beneficios o la cobertura? (Esto incluye problemas sobre si una atención médica en particular o los medicamentos con receta están cubiertos o no, la forma en que están cubiertos y problemas relacionados con el pago de la atención médica o los medicamentos con receta).	
Sí. Mi problema es sobre beneficios o cobertura. Diríjase a la **sección 4: "Decisiones sobre la cobertura y apelaciones"** en la página 143.	**No.** Mi problema no es sobre beneficios o cobertura. Pase a la **Sección 10: "Cómo presentar una queja"** en la página 189.

Sección 4: Decisiones sobre la cobertura y apelaciones

• Sección 4.1: Descripción general de las decisiones sobre la cobertura y apelaciones

Durante el proceso para solicitar decisiones sobre la cobertura y presentar apelaciones, se abordan los problemas relacionados con sus beneficios y su cobertura. También se incluyen los problemas de pago.

¿Qué es una decisión sobre la cobertura?

Una decisión sobre la cobertura es una decisión inicial que tomamos sobre sus beneficios y su cobertura, o sobre el importe que pagaremos por sus servicios médicos, artículos o medicamentos. Estamos tomando una decisión sobre la cobertura cada vez que decidimos lo que está cubierto para usted y cuánto pagamos.

Si usted o su proveedor no están seguros si un servicio, artículo o medicamento está cubierto por Medicare o Medicaid, cualquiera de ustedes puede solicitar una decisión sobre la cobertura antes de que el proveedor preste el servicio o le suministre el artículo o medicamento.

¿Qué es una apelación?

Una apelación es una manera formal de solicitarnos que revisemos nuestra decisión sobre la cobertura y la modifiquemos si cree que cometimos un error. Por ejemplo, podríamos decidir que un servicio, artículo o medicamento que usted desea obtener no está cubierto o ya no está cubierto por Medicare o Medicaid. Si usted o su proveedor no están de acuerdo con nuestra decisión, pueden apelar.

• Sección 4.2: Cómo obtener ayuda con las decisiones sobre la cobertura y las apelaciones

¿A quién puedo llamar para solicitar ayuda en relación con las decisiones sobre la cobertura o presentar una apelación?

Puede pedirle ayuda a cualquiera de los siguientes:

- Llame a **Servicios para Miembros** al 1-844-812-6896 (para TTY, marque 711).
- Llame a **RIPIN Healthcare Advocate** para obtener ayuda gratuita. RIPIN Healthcare Advocate ayuda a las personas inscritas en Medicaid con problemas de servicio o facturación. El número de teléfono es 1-855-747-3224.
- Llame a **The POINT** para obtener ayuda gratuita. The POINT es una organización independiente. No tiene relación con este plan. El número de teléfono es 1-401-462-4444.

- Hable con **su médico u otro proveedor**. Su médico u otro proveedor pueden solicitar una decisión sobre la cobertura o una apelación en su nombre.

- Hable con un **amigo o familiar** y pídale que actúe en su nombre. Puede designar a otra persona para que actúe en su nombre como su "representante" para solicitar una decisión sobre la cobertura o presentar una apelación.

  - Si desea que un amigo, familiar u otra persona sea su representante, llame a Servicios para Miembros y pida el formulario de "Designación de representante".

  - También puede obtener el formulario en el sitio web de Medicare, en https://www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf, o en nuestro sitio web, en www.nhpri.org/INTEGRITY. A través del formulario, se le otorga permiso a la persona para actuar en su nombre. Debe entregarnos una copia del formulario firmado.

- **También tiene derecho a pedirle a un abogado** que actúe en su nombre. Usted puede llamar a su propio abogado u obtener el nombre de un abogado de la asociación de abogados local u otro servicio de derivación. Algunos grupos legales le brindarán servicios legales gratuitos si usted reúne los requisitos. Si desea que un abogado lo represente, deberá completar el formulario de Designación de representante.

  - Sin embargo, **usted no tiene que tener un abogado** para pedir cualquier tipo de decisión sobre la cobertura o para presentar una apelación.

• Sección 4.3: ¿Qué sección de este capítulo lo ayudará?

Hay cuatro tipos diferentes de situaciones que involucran decisiones de cobertura y apelaciones. Cada situación tiene diferentes normas y plazos. Separamos este capítulo en diferentes secciones para ayudarlo a encontrar las normas que debe cumplir. **Solo tiene que leer la sección que se aplica a su problema:**

- La **sección 5 en la página 147** le brinda información si tiene problemas con los servicios, artículos y medicamentos (pero **no** con los medicamentos de la Parte D). Por ejemplo, utilice esta sección:

  - Si no está recibiendo la atención médica que desea y cree que nuestro plan cubre esta atención.

  - Si no aprobamos los servicios, artículos o medicamentos que su proveedor quiere darle y usted cree que esta atención debe estar cubierta.

    – **NOTA:** Solo use la sección 5 si estos medicamentos **no** están cubiertos por la Parte D. Los medicamentos de la *Lista de medicamentos cubiertos* con un código "**DP**" **no** están cubiertos por la Parte D. Consulte la sección 6 en la

página 162 para obtener información sobre las apelaciones de medicamentos de la Parte D.

- Si usted recibió atención o servicios médicos que cree que deberían estar cubiertos, pero nosotros no estamos pagando por esta atención.
- Si usted recibió y pagó por servicios médicos o artículos que creía que estaban cubiertos, y quiere pedirnos que le devolvamos el dinero.
- Si se le está diciendo que la cobertura de la atención que ha estado recibiendo se reducirá o suspenderá, y usted no está de acuerdo con nuestra decisión.
  - **NOTA:** Si la cobertura que se suspenderá es por atención hospitalaria, atención médica en el hogar, atención en un centro de enfermería especializada o servicios en un centro integral de rehabilitación para pacientes ambulatorios (CORF), debe leer una sección separada de este capítulo porque se aplican normas especiales a estos tipos de atención. Consulte las secciones 7 y 8 en las páginas 174 y 181.

- La **sección 6 en la página 162** le brinda información sobre los medicamentos de la Parte D. Por ejemplo, utilice esta sección:
  - Si desea solicitarnos que hagamos una excepción para cubrir un medicamento de la Parte D que no figura en nuestra *Lista de medicamentos cubiertos* (Lista de medicamentos).
  - Si desea solicitarnos que no apliquemos límites a la cantidad de medicamentos que puede obtener.
  - Si desea solicitarnos que cubramos un medicamento que requiere autorización previa.
  - Si no aprobamos su solicitud o excepción, y usted o su médico, u otro profesional que le da la receta, piensan que deberíamos haberlo hecho.
  - Si desea pedirnos que paguemos un medicamento con receta que ya compró. (Es decir, pedir una decisión sobre la cobertura en relación con el pago).

- La **sección 7 en la página 174** le brinda información sobre cómo solicitarnos que cubramos una hospitalización más prolongada si cree que el proveedor le está dando de alta demasiado pronto. Utilice esta sección:
  - Si está internado y piensa que el proveedor le pidió que abandonara el hospital demasiado pronto.

- La **sección 8 en la página 181** le brinda información si cree que sus servicios de atención médica en el hogar, la atención en un centro de enfermería especializada y

los servicios de un centro integral de rehabilitación para pacientes ambulatorios (CORF) están terminando demasiado pronto.

Si no está seguro de qué sección debe usar, llame a Servicios para Miembros al 1-844-812-6896 (para TTY, marque 711).

Si necesita otro tipo de ayuda o información, llame a RIPIN Healthcare Advocate al 1-855-747-3224.

Sección 5: Problemas con los servicios, artículos y medicamentos (no los medicamentos de la Parte D)

• Sección 5.1: Cuándo usar esta sección

Esta sección trata sobre qué hacer si tiene problemas con los beneficios de sus servicios médicos, de salud conductual y de cuidado a largo plazo. También puede usar esta sección para los problemas con los medicamentos que **no** están cubiertos por la Parte D. Los medicamentos de la *Lista de medicamentos cubiertos* con un código **'DP' no** están cubiertos por la Parte D. Consulte la sección 6 para obtener información sobre las apelaciones de medicamentos de la Parte D.

Esta sección le brinda información sobre lo que puede hacer si se encuentra en alguna de las cinco situaciones siguientes:

1. Cree que cubrimos un servicio médico, de salud conductual o de cuidado a largo plazo que necesita pero que no está recibiendo.

   Qué puede hacer: Puede solicitarnos que tomemos una decisión sobre la cobertura. Consulte la sección 5.2 en la página 148 para obtener información sobre cómo solicitar una decisión sobre la cobertura.

2. No aprobamos la atención que su proveedor quiere proporcionarle, y usted cree que deberíamos haberlo hecho.

   Qué puede hacer: Puede apelar nuestra decisión de no aprobar la atención. Consulte la sección 5.3 en la página 150 para obtener información sobre cómo presentar una apelación.

3. Obtuvo servicios o artículos que creía que cubríamos, pero que no pagaremos.

   Qué puede hacer: Puede apelar nuestra decisión de no pagar. Consulte la sección 5.3 en la página 150 para obtener información sobre cómo presentar una apelación.

4. Usted recibió y pagó por servicios o artículos que creía que estaban cubiertos, y quiere que le reembolsemos dicho dinero.

   Qué puede hacer: Puede pedirnos que le devolvamos el dinero. Consulte la sección 5.5 en la página 159 para obtener información sobre cómo solicitarnos un pago.

5. Reducimos o suspendemos su cobertura de un determinado servicio y usted no está de acuerdo con nuestra decisión.

   Qué puede hacer: Puede apelar nuestra decisión de reducir o suspender el servicio. Consulte la sección 5.3 en la página 150 para obtener información sobre cómo presentar una apelación.

NOTA: Si la cobertura que se suspenderá es por atención hospitalaria, atención médica en el hogar, atención en un centro de enfermería especializada o servicios en un centro integral de rehabilitación para pacientes ambulatorios (CORF), se aplican normas especiales. Lea las secciones 7 u 8 de las páginas 174 y 181 para obtener más información.

• Sección 5.2: Cómo solicitar una decisión sobre la cobertura

Cómo solicitar una decisión sobre la cobertura para obtener un servicio médico, de salud conductual o de cuidado a largo plazo

Para solicitar una decisión sobre la cobertura, llámenos, escríbanos o envíenos un fax, o pídale a su representante o proveedor que nos solicite una decisión.

- Puede llamarnos al 1-844-812-6896; para TTY, marque 711.
- Puede enviarnos un fax al 1-401-459-6023.

Puede escribirnos a la siguiente dirección:

Neighborhood Health Plan of Rhode Island

Attention: Grievance and Appeals

910 Douglas Pike

Smithfield, RI 02917

¿Cuánto tiempo se tarda en obtener una decisión sobre la cobertura?

Por lo general, demora hasta 14 días calendario después de que lo haya solicitado. Si no le informamos sobre nuestra decisión dentro de 14 días calendario, puede apelar.

A veces necesitamos más tiempo, y le enviaremos una carta para informarle que necesitamos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales. En la carta le explicaremos por qué se necesita más tiempo.

¿Puedo obtener una decisión sobre la cobertura más rápido?

Sí. Si necesita una respuesta más rápida debido a su salud, pídanos que tomemos una “decisión rápida sobre la cobertura”. Si aprobamos la solicitud, le notificaremos nuestra decisión en un plazo de 72 horas.

No obstante, a veces necesitamos más tiempo, por lo que le enviaremos una carta para informarle que necesitamos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales. En la carta le explicaremos por qué se necesita más tiempo.

El término legal para "decisión rápida sobre la cobertura" es **"determinación acelerada"**.

Cómo solicitar una decisión rápida sobre la cobertura:

- Si solicita una decisión rápida sobre la cobertura, para comenzar, llame o envíe un fax a nuestro plan para solicitarnos que cubramos la atención que desea recibir.
- Puede llamarnos al 1-844-812-6896 (para TTY, marque 711) o enviarnos un fax al 1-401-459-6023. Para obtener más información sobre cómo ponerse en contacto con nosotros, consulte el capítulo 2, sección A, página 15.
- También puede solicitar a su proveedor o su representante que nos llamen.

Estas son las normas para solicitar una decisión rápida sobre la cobertura:

Debe cumplir con los dos requisitos que se especifican a continuación para obtener una decisión rápida sobre la cobertura:

1. Puede obtener una decisión rápida sobre la cobertura **únicamente si está solicitando cobertura para atención médica o un artículo que aún no ha recibido**. (No puede obtener una decisión rápida sobre la cobertura si su solicitud se refiere a un pago por atención médica o a un artículo que ya recibió).
2. Puede obtener una decisión rápida sobre la cobertura **únicamente si el plazo estándar de 14 días calendario podría causar un daño grave a su salud o afectar su capacidad para desempeñarse**.
   - Si su proveedor afirma que usted necesita una decisión rápida sobre la cobertura, se la proporcionaremos automáticamente.
   - Si solicita una decisión rápida sobre la cobertura sin el apoyo de su proveedor, nosotros decidiremos si la obtendrá.
     - Si decidimos que su salud no cumple con los requisitos para una decisión rápida sobre la cobertura, le enviaremos una carta. También utilizaremos, en su lugar, el plazo estándar de 14 días calendario.
     - En esta carta le informaremos que, si su proveedor solicita una decisión rápida sobre la cobertura, se la proporcionaremos automáticamente.
     - En la carta también le informaremos cómo puede presentar una "queja rápida" sobre nuestra decisión de proporcionarle una decisión estándar sobre la cobertura en lugar de una decisión rápida sobre la cobertura. Para obtener más información

sobre el proceso para presentar quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la sección 10 en la página 189.

Si la decisión sobre la cobertura es Sí, ¿cuándo recibiré el servicio o artículo?

Usted será aprobado (preautorizado) para obtener el servicio o artículo dentro de 14 días calendario (para una decisión estándar sobre la cobertura) o 72 horas (para una decisión rápida sobre la cobertura) a partir del momento en que la solicitó. Si extendemos el plazo necesario para tomar la decisión sobre la cobertura, aprobaremos la cobertura antes de que finalice ese período extendido.

Si la decisión sobre la cobertura es No, ¿cómo lo sabré?

Si la respuesta es **No**, le enviaremos una carta en la que le explicaremos las razones por las que la respuesta es **No**.

- Si la respuesta es **No**, usted tiene el derecho de pedirnos que cambiemos esta decisión mediante una apelación. Presentar una apelación significa pedirnos que revisemos nuestra decisión de denegar la cobertura.
- Si decide presentar una apelación, esto significa que pasará al nivel 1 del proceso de apelaciones (lea la siguiente sección para obtener más información).

• Sección 5.3: Apelación de nivel 1 para servicios, artículos y medicamentos (no los medicamentos de la Parte D)

¿Qué es una apelación?

Una apelación es una manera formal de solicitarnos que revisemos nuestra decisión sobre la cobertura y la modifiquemos si cree que cometimos un error. Si usted, su médico u otro proveedor no están de acuerdo con nuestra decisión, pueden apelar. En todos los casos, debe iniciar su apelación en el nivel 1.

Si necesita ayuda durante el proceso de apelación, puede llamar a RIPIN Healthcare Advocate al 1-855-747-3224. RIPIN Healthcare Advocate no tiene relación con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud.

¿Qué es una apelación de nivel 1?

Una apelación de nivel 1 es el primer nivel de apelación para nuestro plan. Revisaremos su decisión sobre la cobertura para analizar si es correcta. El revisor será una persona que no tomó

Resumen: Cómo presentar una apelación de nivel 1

Usted, su proveedor o su representante pueden presentar la solicitud por escrito y enviárnosla por correo o fax. También puede llamarnos para solicitar una apelación.

- Solicítela **dentro de los 60 días calendario** de la decisión que está apelando. Si no cumple con la fecha límite por un motivo justificado, de todos modos, puede apelar.
- Si usted apela porque le informamos que un servicio que recibe actualmente se cambiará o suspenderá, **tiene menos días para apelar** si desea seguir recibiendo ese servicio mientras se procesa su apelación.
- Siga leyendo esta sección para conocer la fecha límite que se aplica a su apelación.

la decisión original sobre la cobertura. Cuando completemos la revisión, le enviaremos nuestra decisión por escrito.

Si después de realizar la revisión le informamos que el servicio o artículo no están cubiertos, su caso puede pasar a una apelación de nivel 2.

¿Cómo presento una apelación de nivel 1?

- Para iniciar la apelación, usted, su médico u otro proveedor o su representante, deben comunicarse con nosotros. Puede llamarnos al 1-844-812-6896 (para TTY, marque 711). Para obtener más información sobre cómo comunicarse con nosotros para apelar, consulte el capítulo 2.
- Puede pedirnos una “apelación estándar” o una “apelación rápida”.
- Si está solicitando una apelación estándar o rápida, puede hacer su apelación por escrito o llamándonos.
  - Puede enviar una solicitud a la siguiente dirección:

    Neighborhood Health Plan of Rhode Island

    Attention: Grievance and Appeals

    910 Douglas Pike

    Smithfield, RI 02917
  - También puede llamarnos al 1-844-812-6896 (para TTY, marque 711) para solicitar una apelación.

> **El término legal** para “apelación rápida” es **“reconsideración acelerada”**.

¿Puede otra persona hacer la apelación en mi nombre?

Sí. Su médico u otro proveedor pueden hacer la apelación por usted. Además, otra persona, además de su médico u otro proveedor, puede hacer la apelación en su nombre, pero primero usted debe completar un formulario de Designación de representante. A través del formulario, se le otorga permiso a la otra persona para actuar en su nombre.

Para obtener un formulario de Designación de representante, llame a Servicios para Miembros y solicite uno, o visite el sitio web de Medicare, en https://www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf o llámenos al 1-844-812-6896 (para TTY, marque 711).

Si la apelación proviene de otra persona que no sea usted, su médico u otro proveedor, debemos obtener el formulario completo de Designación de representante antes de que podamos revisar la apelación.

¿Cuánto tiempo tengo para presentar una apelación?

Debe solicitar una apelación **dentro de los 60 días calendario** a partir de la fecha de la carta que le enviamos para informarle nuestra decisión.

Si no cumple con esta fecha límite y tiene un motivo justificado para no hacerlo, es posible que le demos más tiempo para presentar la apelación. Algunos ejemplos de motivos justificados son los siguientes: tuvo una enfermedad grave o le proporcionamos información incorrecta sobre la fecha límite para solicitar una apelación.

NOTA: Si usted apela porque le informamos que un servicio que recibe actualmente se cambiará o suspenderá, **tiene menos días para apelar** si desea seguir recibiendo ese servicio mientras se procesa su apelación. Lea la sección “¿Seguirán vigentes mis beneficios durante las apelaciones de nivel 1?” en la página 154 para obtener más información.

¿Puedo obtener una copia del archivo de mi caso?

Sí. Solicítenos una copia llamando a Servicios para Miembros al 1-844-812-6896 (para TTY, marque 711).

¿Puede mi proveedor brindarle más información sobre mi apelación?

Sí, usted y su proveedor pueden darnos más información para respaldar su apelación.

¿Cómo se tomará la decisión sobre la apelación?

Analizaremos detalladamente toda la información acerca de su solicitud de cobertura de atención médica. Luego, verificaremos si seguimos todas las normas cuando respondimos **No** a su solicitud. El revisor será una persona que no tomó la decisión original.

Si necesitamos más información, es posible que se la pidamos a usted o a su proveedor.

¿Cuándo recibiré la decisión “estándar” sobre la apelación?

Debemos darle una respuesta dentro de los 30 días calendario después de recibir su apelación. Le enviaremos nuestra decisión antes si su estado de salud así lo requiere.

- Sin embargo, si usted solicita más tiempo o si necesitamos recopilar más información, podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales. Si decidimos tomarnos días adicionales para tomar la decisión, le enviaremos una carta explicándole por qué necesitamos más tiempo.

- Si considera que no debemos tomarnos días adicionales, puede presentar una "queja rápida" sobre nuestra decisión de tomarnos días adicionales. Si presenta una queja rápida, le daremos una respuesta a su queja dentro de las 24 horas. Para obtener más información sobre el proceso para presentar quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la sección 10 en la página 189.

- Si no le proporcionamos una respuesta a su apelación dentro de los 30 días calendario o antes de que finalice el plazo adicional (si nos lo tomamos), automáticamente enviaremos su caso al nivel 2 del proceso de apelaciones si su problema es sobre la cobertura de un servicio o artículo de Medicare. Se le notificará si este es el caso. Si su problema es sobre la cobertura de un servicio o artículo de Medicaid, usted mismo puede presentar una apelación de nivel 2. Para obtener más información sobre el proceso de apelación de nivel 2, consulte la sección 5.4 en la página 154.

Si nuestra respuesta es Sí a una parte o al total de lo que usted solicitó, debemos aprobar o proporcionarle el servicio o artículo tan pronto como su estado de salud lo requiera, pero antes de que transcurran las 72 horas a partir de la fecha en que recibamos la decisión.

Si nuestra respuesta es No a una parte o al total de lo que usted solicitó, le enviaremos una carta. Si su problema es sobre la cobertura de un servicio o artículo de Medicare, en la carta le informaremos que enviamos su caso a la entidad de auditoría independiente para someterlo a una apelación de nivel 2. Si su problema es sobre la cobertura de un servicio o artículo de Medicaid, en la carta le informaremos cómo puede presentar una apelación de nivel 2. Para obtener más información sobre el proceso de apelación de nivel 2, consulte la sección 5.4 en la página 154.

¿Cuándo recibiré la decisión "rápida" sobre la apelación?

Si solicita una apelación rápida, le daremos una respuesta dentro de las 72 horas siguientes a la recepción de su apelación. Le proporcionaremos una respuesta antes si su salud así lo requiere.

- Sin embargo, si usted solicita más tiempo o si necesitamos recopilar más información, podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales. Si decidimos tomarnos días adicionales para tomar la decisión, le enviaremos una carta explicándole por qué necesitamos más tiempo.

- Si considera que no debemos tomarnos días adicionales, puede presentar una "queja rápida" sobre nuestra decisión de tomarnos días adicionales. Si presenta una queja rápida, le daremos una respuesta a su queja dentro de las 24 horas. Para obtener más información sobre el proceso para presentar quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la sección 10 en la página 189.

- Si no le proporcionamos una respuesta a su apelación dentro de las 72 horas o antes de que finalice el plazo adicional (si nos lo tomamos), automáticamente enviaremos su caso al nivel 2 del proceso de apelaciones si su problema es sobre la cobertura de un

servicio o artículo de Medicare. Se le notificará si este es el caso. Si su problema es sobre la cobertura de un servicio o artículo de Medicaid, usted mismo puede presentar una apelación de nivel 2. Para obtener más información sobre el proceso de apelación de nivel 2, consulte la sección 5.4 en la página 154.

Si nuestra respuesta es Sí a una parte o el total de lo que usted solicitó, debemos autorizar o proporcionarle la cobertura tan pronto como su estado de salud lo requiera, pero antes de que transcurran las 72 horas a partir de la fecha en que tomamos la decisión.

Si nuestra respuesta es No a una parte o al total de lo que usted solicitó, le enviaremos una carta. Si su problema es sobre la cobertura de un servicio o artículo de Medicare, en la carta le informaremos que enviamos su caso a la entidad de auditoría independiente para someterlo a una apelación de nivel 2. Si su problema es sobre la cobertura de un servicio o artículo de Medicaid, en la carta le informaremos cómo puede presentar una apelación de nivel 2. Para obtener más información sobre el proceso de apelación de nivel 2, consulte la sección 5.4 en la página 154.

¿Seguirán vigentes mis beneficios durante las apelaciones de nivel 1?

Si decidimos cambiar o suspender la cobertura de un servicio que se aprobó previamente, le enviaremos una notificación antes de tomar la medida. Si no está de acuerdo con la medida, puede presentar una apelación de nivel 1 y solicitar que continuemos cubriendo sus beneficios en relación con el servicio. Debe **presentar la solicitud antes de la última de las siguientes fechas** para poder continuar recibiendo los beneficios:

- dentro de los 10 días posteriores a la fecha de envío por correo postal de nuestro aviso sobre la medida; o
- la fecha prevista de entrada en vigor de la medida.

Si cumple con este plazo, puede seguir recibiendo el servicio en conflicto mientras se procesa su apelación. Si sus beneficios siguen vigentes y el resultado final de la apelación confirma nuestra decisión, podemos recuperar el costo de los servicios que se le proporcionaron mientras la apelación estaba pendiente.

• Sección 5.4: Apelación de nivel 2 para servicios, artículos y medicamentos (no los medicamentos de la Parte D)

Si la respuesta del plan es No en el nivel 1, ¿qué sucede a continuación?

Si rechazamos una parte o el total de su apelación de nivel 1, le enviaremos una carta. En esta carta se le informará si el servicio o artículo suele estar cubierto por Medicare o Medicaid.

- Si su problema es acerca de un servicio o artículo de Medicare, su caso se derivará automáticamente a una apelación de nivel 2 con una entidad de auditoría independiente (IRE) ni bien se complete la apelación de nivel 1.

- Si su problema es acerca de un servicio o artículo de Medicaid, puede presentar una apelación de nivel 2 ante la Oficina de Audiencia Estatal Imparcial de la Oficina Ejecutiva de Salud y Servicios Humanos (EOHHS). También puede solicitar una revisión externa de Rhode Island. En la carta que le enviamos para informarle sobre nuestra decisión sobre la apelación de nivel 1 le indicamos cómo hacerlo. La información también se encuentra a continuación. Tanto las audiencias estatales imparciales como las revisiones externas de Rhode Island están a cargo de organizaciones independientes que no forman parte del plan.

- Si su problema se trata de un servicio o artículo que podría estar cubierto tanto por Medicare como por Medicaid, recibirá automáticamente una apelación de nivel 2 con la IRE. También puede solicitar una apelación de nivel 2 a la Oficina de Audiencia Estatal Imparcial o la organización de revisión externa de Rhode Island. En la carta que le enviamos para informarle sobre nuestra decisión sobre la apelación de nivel 1 le indicamos cómo hacerlo. La información también se encuentra a continuación.

¿Qué es una apelación de nivel 2?

Una apelación de nivel 2 es el segundo nivel de apelación, y es realizada por una organización independiente que no está vinculada con el plan. Si su problema es acerca de un servicio o artículo de **Medicare**, la apelación de nivel 2 es analizada por una organización independiente llamada entidad de auditoría independiente (IRE). Si su problema tiene que ver con un servicio o artículo de **Medicaid**, puede solicitar una apelación de nivel 2 a la Oficina de Audiencia Estatal Imparcial de la EOHHS o a la organización de revisión externa de Rhode Island.

Mi problema es acerca de un servicio o artículo de Medicaid. ¿Cómo puedo presentar una apelación de nivel 2?

Una apelación de nivel 2 para un servicio o artículo de Medicaid es el segundo nivel de apelación que se realiza, ya sea mediante la Oficina de Audiencia Estatal Imparcial de la EOHHS o a la organización de revisión externa de Rhode Island. Puede presentar una o ambas apelaciones de nivel 2 dentro de los **120 días calendario** a partir de la fecha de envío por correo de nuestra decisión de nivel 1. Cuando la revisión del nivel 2 esté completa, usted recibirá una decisión por escrito.

Si no cumple con esta fecha límite y tiene un motivo justificado para no hacerlo, la EOHHS o la organización de revisión externa de Rhode Island podrían darle más tiempo para presentar la apelación. Algunos ejemplos de motivos justificados son los siguientes: tuvo una enfermedad grave o le proporcionamos información incorrecta sobre la fecha límite para solicitar una apelación.

NOTA: Si seguimos cubriendo sus beneficios por el servicio en conflicto mientras se estaba procesando su apelación de nivel 1, **usted tiene menos días para apelar**. Si desea seguir

recibiendo ese servicio durante la apelación de nivel 2, lea la sección "¿Seguirán vigentes mis beneficios durante las apelaciones de nivel 2?" en la página 157 para obtener más información.

¿Cómo presento una apelación de nivel 2: audiencia estatal imparcial de la EOHHS?

Para iniciar su apelación de nivel 2, usted, su médico u otro proveedor, o su representante, deben completar un formulario para solicitar una audiencia dentro de los 120 días de la fecha de envío por correo de nuestra decisión de nivel 1.

Usted o su representante pueden solicitar el formulario de la siguiente manera:

- Llamando a la Oficina de Apelaciones de la Oficina Ejecutiva de Salud y Servicios Humanos (EOHHS) al (401) 462-2132 (para TDD, marque 401-462-3363).
- Enviando un correo electrónico con su solicitud a: OHHS.AppealsOffice@ohhs.ri.gov.
- Enviando un fax con su solicitud a: (401) 462-0458.
- También puede llamar a RIPIN Healthcare Advocate al 1-855-747-3224 para recibir asistencia.

El formulario de audiencia estatal imparcial puede enviarse por correo postal, fax o correo electrónico.

También puede solicitar una audiencia estatal imparcial acelerada (rápida) en el formulario.

Puede enviar una solicitud de apelación a la siguiente dirección:

EOHHS Appeals Office, Virks Building, 3 West Rd., Cranston, RI 02920.

La Oficina de Audiencia Estatal Imparcial programará una audiencia. Esta le enviará un aviso con la fecha, la hora y el lugar de la audiencia a más tardar 15 días antes de la fecha de la audiencia.

¿Cómo presento una apelación de nivel 2: revisión externa de Rhode Island?

Puede solicitar una revisión externa de Rhode Island comunicándose con nosotros al 1-844-812-6896 (para TTY, marque 711) dentro de los 120 días posteriores a la fecha de envío por correo postal de nuestra decisión de nivel 1. La información sobre la apelación se remitirá a la organización de la revisión externa de Rhode Island dentro de los cinco días hábiles siguientes a la recepción de su solicitud de una revisión externa de Rhode Island. Recibirá una decisión por escrito de la organización de revisión externa de Rhode Island en un plazo de 10 días hábiles.

Mi problema es acerca de un servicio o artículo de Medicare. ¿Qué sucederá en la apelación de nivel 2?

Una entidad de auditoría independiente (IRE) revisará cuidadosamente la decisión de nivel 1 y decidirá si se debe modificar.

- No necesita solicitar la apelación de nivel 2. Enviaremos automáticamente cualquier denegación (total o parcial) a la IRE. Se le notificará si este es el caso.
- La IRE es contratada por Medicare y no está relacionada con este plan.
- Para solicitar una copia de sus registros, llame a Servicios para Miembros al 1-844-812-6896 (para TTY, marque 711).

La IRE debe darle una respuesta a su apelación de nivel 2 dentro de los 30 días calendario a partir de la fecha en que reciba su apelación. Esta norma se aplica si usted envió su apelación antes de recibir servicios o artículos médicos.

- Sin embargo, si la IRE necesita recopilar más información que pueda beneficiarlo, puede demorar hasta 14 días calendario adicionales. Si la IRE necesita días adicionales para tomar una decisión, se lo informará por carta.

Si le autorizaron una “apelación rápida” en el nivel 1, automáticamente le autorizarán una apelación rápida en el nivel 2. La IRE debe darle una respuesta dentro de las 72 horas a partir de la fecha en que reciba su apelación.

- Sin embargo, si la IRE necesita recopilar más información que pueda beneficiarlo, puede demorar hasta 14 días calendario adicionales. Si la IRE necesita días adicionales para tomar una decisión, se lo informará por carta.

¿Qué sucede si mi servicio o artículo podría estar cubierto tanto por Medicare como por Medicaid?

Si su problema se trata de un servicio o artículo que podría estar cubierto tanto por Medicare como por Medicaid, derivaremos automáticamente su apelación de nivel 2 a la entidad de auditoría independiente (IRE). La IRE tomará una decisión sobre si Medicare debe cubrir el servicio o artículo. También puede presentar una apelación de nivel 2 a la EOHHS para que realicen una audiencia estatal imparcial o la organización de revisión externa de Rhode Island. Siga las instrucciones que se detallan en la página 156.

¿Seguirán vigentes mis beneficios durante las apelaciones de nivel 2?

Si su problema es acerca de un servicio cubierto únicamente por Medicare, sus beneficios por ese servicio **no** seguirán estando vigentes durante el proceso de apelaciones de nivel 2 con la entidad de auditoría independiente.

Si su problema es acerca de un servicio cubierto por Medicaid o un servicio que podría estar cubierto tanto por Medicare como por Medicaid, sus beneficios por ese servicio seguirán estando vigentes en los siguientes casos:

- Si usted calificó para la continuación de los beneficios durante su apelación de nivel 1.

Si usted presenta su apelación de nivel 2 y solicita que sus beneficios sigan estando vigentes **dentro de los 10 días** de la fecha de envío por correo de nuestra decisión de nivel 1. Para solicitarnos que sigamos cubriendo sus beneficios, llame al 1-844-812-6896 (para TTY, marque 711) o envíe una solicitud por escrito a la siguiente dirección:
Neighborhood Health Plan of Rhode Island
Attention: Grievance and Appeals
910 Douglas Pike
Smithfield, RI 02917

Si cumple con estos requisitos, puede seguir recibiendo el servicio en conflicto mientras se procesa su apelación. Si sus beneficios siguen vigentes y el resultado final de la apelación confirma nuestra decisión, podemos recuperar el costo de los servicios que se le proporcionaron mientras la apelación estaba pendiente.

¿Cuándo conoceré la decisión?

Se le enviará una carta en la que le explicaremos la decisión de una audiencia estatal imparcial dentro de los 90 días a partir de la fecha en que solicitó la audiencia. Se le enviará una carta en la que se explicará la decisión de la revisión externa de Rhode Island dentro de los 10 días siguientes a la recepción de la apelación. Si califica para una audiencia estatal imparcial acelerada, la EOHHS debe darle una respuesta dentro de las 72 horas. Si califica para una revisión externa acelerada de Rhode Island, se le dará una respuesta en 2 días hábiles. Sin embargo, si la EOHHS o la organización de revisión externa de Rhode Island necesita recopilar más información que pueda beneficiarlo, puede demorar hasta 14 días calendario adicionales.

- Si la decisión sobre la apelación es **Sí** a una parte o al total de lo que usted solicitó en la apelación estándar, debemos aprobar o proporcionarle el servicio o artículo tan pronto como su estado de salud lo requiera, pero antes de que transcurran las 72 horas a partir de la fecha en que recibamos la decisión.

- Si la decisión sobre la apelación es **No** a una parte o al total de lo que usted solicitó, significa que la EOHHS o la organización de revisión externa de Rhode Island confirmaron la decisión de nivel 1. Esto se llama “ratificar la decisión”. También se conoce como “rechazar su apelación”.

Si su apelación de nivel 2 se envió a la entidad de auditoría independiente (IRE), esta le enviará una carta en la que explicará su decisión.

- Si la respuesta de la IRE es **Sí** a una parte o al total de lo que usted solicitó en la apelación estándar, debemos autorizar la cobertura de la atención médica tan pronto como su estado de salud lo requiera, pero antes de que transcurran las 72 horas a partir de la fecha en que recibamos la decisión. Si le aprobaron una apelación rápida, debemos autorizar la cobertura de atención médica o proporcionarle el servicio o artículo dentro de las 72 horas a partir de la fecha en que recibimos la decisión de la IRE.

- Si la decisión de la IRE es **No** a una parte o al total de lo que usted solicitó, significa que están de acuerdo con la decisión del nivel 1. Esto se llama “ratificar la decisión”. También se conoce como “rechazar su apelación”.

¿Qué sucede si la Oficina de Audiencia Estatal Imparcial de la EOHHS o la organización de revisión externa de Rhode Island y la entidad de auditoría independiente revisan la apelación de nivel 2 y toman decisiones diferentes?

Si la decisión de la Oficina de Audiencia Estatal Imparcial de la EOHHS, la organización de revisión externa de Rhode Island o la entidad de auditoría independiente es **Sí** para el total o una parte de lo que usted solicitó, le proporcionaremos el servicio o artículo aprobado que más se aproxime a lo que usted solicitó en la apelación.

Si la decisión es No para el total o una parte de lo que solicité, ¿puedo presentar otra apelación?

Sí, en algunos casos.

Si su apelación de nivel 2 se derivó a la Oficina de Audiencia Estatal Imparcial de la EOHHS o a la organización de revisión externa de Rhode Island y ellos denegaron una parte o la totalidad de su apelación de nivel 2, por un servicio, artículo o medicamento de Medicaid, usted puede presentar una apelación de nivel 3. Le enviaremos una carta en la que le indicaremos cómo hacerlo. El nivel 3 del proceso de apelaciones para un servicio, artículo o medicamento de Medicaid se trata en el tribunal estatal. Consulte la sección 9.2 en la página 188 para obtener más información.

Si su apelación de nivel 2 se derivó a la entidad de auditoría independiente (IRE), puede volver a apelar únicamente si el valor en dólares del servicio o artículo que desea recibir cumple con un cierto importe mínimo. La carta que reciba de la IRE le explicará los derechos de apelación adicionales que pueda tener. Consulte la sección 9.1 en la página 188 para obtener más información.

• Sección 5.5: Problemas de pago

No permitimos que los proveedores de nuestra red le facturen por los servicios y artículos cubiertos. Esto se aplica incluso si pagamos al proveedor menos de lo que este cobra por un servicio o artículo cubierto. Usted nunca está obligado a pagar el saldo de ninguna factura. La única excepción a esto es si usted está recibiendo servicios y apoyo a largo plazo y Medicaid de Rhode Island determina que usted tiene que pagar una parte del costo de estos servicios. Si usted está recibiendo servicios y apoyo a largo plazo, es posible que también tenga que pagar parte del costo de los servicios. Medicaid de Rhode Island determina el importe.

Si recibe una factura por servicios y artículos cubiertos, envíenos dicha factura. **No debe pagar la factura.** Nos pondremos en contacto directamente con el proveedor y nos encargaremos del problema.

Para obtener más información, consulte el capítulo 7: “Cuando un proveedor de la red le envía una factura”. En el capítulo 7 se describen las situaciones en las cuales usted puede solicitar un reembolso o pagar una factura que recibió de un proveedor. Allí también encontrará información sobre cómo enviarnos la documentación mediante la que nos solicita el pago.

¿Puedo solicitarle que me devuelva el dinero por un servicio o artículo que pagué?

Recuerde que, si recibe una factura por servicios y artículos cubiertos, no debe pagarla. Pero si paga la factura, puede obtener un reembolso si siguió las normas para obtener servicios y artículos. El único importe que usted tiene que pagar es su parte del costo de los servicios y el apoyo a largo plazo, según lo determine Medicaid de Rhode Island.

Si está solicitando un reembolso, está solicitando una decisión sobre la cobertura. Analizaremos si el servicio o artículo que usted pagó es un servicio o artículo cubierto, y verificaremos si usted siguió todas las normas para usar la cobertura.

- Si el servicio o artículo que pagó está cubierto y usted siguió todas las normas, le enviaremos el pago por el servicio o artículo dentro de los 60 días calendario después de recibir su solicitud. Si aún no ha pagado el servicio o artículo, le enviaremos el pago directamente al proveedor. Si enviamos el pago, es lo mismo que responder **Sí** a su solicitud de decisión sobre la cobertura.

- Si el servicio o artículo no está cubierto, o si usted no siguió todas las normas, le enviaremos una carta en la que le informaremos que no pagaremos el servicio o artículo y le explicaremos el motivo.

¿Qué sucede si le informamos que no pagaremos?

Si no está de acuerdo con nuestra decisión, **puede presentar una apelación**. Siga el proceso de apelaciones descrito en la sección 5.3 en la página 150. Cuando siga estas instrucciones, tenga en cuenta lo siguiente:

- Si presenta una apelación por un reembolso, debemos darle una respuesta dentro de los 60 días calendario después de recibir su apelación.

- Si nos está pidiendo que le reembolsemos por un servicio o artículo que ya recibió y pagó, no puede solicitar una apelación rápida.

Si respondemos que **No** a su apelación y el servicio o artículo generalmente está cubierto por Medicare, automáticamente enviaremos su caso a la entidad de auditoría independiente (IRE). Le notificaremos por carta si esto sucede.

- Si la IRE revoca nuestra decisión y afirma que debemos pagarle, debemos enviarle el pago a usted o al proveedor dentro de los 30 días calendario. Si la respuesta a su apelación es **Sí** en cualquier etapa del proceso de apelaciones después del nivel 2,

debemos enviarle el pago que solicitó a usted o al proveedor dentro de los 60 días calendario.

- Si la decisión de la IRE a su apelación es **No**, significa que están de acuerdo con nuestra decisión de no aprobar su solicitud. (Esto se llama “ratificar la decisión”. También se conoce como “rechazar su apelación”). La carta que reciba le explicará los derechos de apelación adicionales que pueda tener. Puede volver a apelar únicamente si el valor en dólares del servicio o artículo que desea recibir cumple con un cierto importe mínimo. Consulte la sección 9 en la página 188 para obtener más información sobre los niveles adicionales de apelación.

Si la respuesta a su apelación es **No** y el servicio o artículo generalmente está cubierto por Medicaid, usted mismo puede presentar una apelación de nivel 2 (consulte la sección 5.4 en la página 154).

Sección 6: Medicamentos de la Parte D

• Sección 6.1: Qué debe hacer si tiene problemas para obtener un medicamento de la Parte D o si desea que le reembolsemos por un medicamento de la Parte D

Sus beneficios como miembro de nuestro plan incluyen la cobertura de varios medicamentos con receta. La mayoría de estos medicamentos son “medicamentos de la Parte D”. Hay algunos medicamentos que la Parte D de Medicare no cubre, pero que Medicaid puede cubrir. **Esta sección solo se aplica a las apelaciones de medicamentos de la Parte D.**

La *Lista de medicamentos cubiertos* (Lista de medicamentos) incluye algunos medicamentos con un código ‘**DP**’. Estos medicamentos **no** son medicamentos de la Parte D. En relación con las apelaciones o decisiones sobre la cobertura de medicamentos con un código ‘**DP**’, se debe seguir el proceso que se describe en la sección 5 de la página 147.

¿Puedo solicitar una decisión sobre la cobertura o presentar una apelación de medicamentos con receta de la Parte D?

Sí. Aquí le mostramos ejemplos de decisiones sobre la cobertura que puede pedirnos que tomemos sobre sus medicamentos de la Parte D:

- Usted nos pide que hagamos una excepción, tal como la siguiente:
  - Nos solicita que cubramos un medicamento de la Parte D que no figura en la *Lista de medicamentos cubiertos* (Lista de medicamentos) del plan.
  - Nos solicita que renunciemos a una restricción de la cobertura del plan para un medicamento (como límites en la cantidad del medicamento que puede obtener).
- Nos pregunta si un medicamento está cubierto para usted (por ejemplo, cuando su medicamento figura en la Lista de medicamentos del plan, pero nosotros le exigimos que obtenga nuestra autorización antes de cubrirlo).

NOTA: Si en la farmacia le dicen que su receta no se puede surtir, recibirá un aviso en el que le explicaremos cómo comunicarse con nosotros para solicitar una decisión sobre la cobertura.

- Nos solicita que paguemos un medicamento con receta que ya compró. Es decir, pedir una decisión sobre la cobertura en relación con el pago.

Si no está de acuerdo con una decisión sobre la cobertura que hayamos tomado, puede apelar nuestra decisión. En esta sección le indicamos cómo solicitar decisiones sobre la cobertura **y** cómo solicitar una apelación.

El término legal para decisión sobre la cobertura de sus medicamentos de la Parte D es **"determinación de cobertura"**.

Use la siguiente tabla para decidir qué sección contiene información sobre su situación:

¿En cuál de estas situaciones se encuentra?			
¿Necesita un medicamento que no está en nuestra Lista de medicamentos o necesita que renunciemos a una norma o restricción sobre un medicamento que cubrimos?	¿Desea que cubramos un medicamento de nuestra Lista de medicamentos y cree que cumple con las normas o restricciones del plan (como obtener autorización por adelantado) para el medicamento que necesita?	¿Desea pedirnos que le reembolsemos por un medicamento que ya recibió y pagó?	¿Ya le hemos dicho que no cubriremos o pagaremos un medicamento de la manera en que usted desea?
Puede pedirnos que hagamos una excepción. (Este es un tipo de decisión sobre la cobertura).	**Puede solicitarnos que tomemos una decisión sobre la cobertura.**	**Puede pedirnos que le devolvamos el dinero.** (Este es un tipo de decisión sobre la cobertura).	**Puede presentar una apelación.** (Esto significa que nos está pidiendo que reconsideremos nuestra decisión).
Empiece con la **sección 6.2** en la página 163. También consulte las secciones 6.3 y 6.4 en las páginas 165.	Continúe con la **sección 6.4** en la página 165.	Continúe con la **sección 6.4** en la página 165.	Continúe con la **sección 6.5** en la página 169.

• Sección 6.2: ¿Qué es una excepción?

Una excepción es el permiso para obtener cobertura para un medicamento que normalmente no figura en nuestra Lista de medicamentos cubiertos o para usar el medicamento sin ciertas normas y

limitaciones. Si un medicamento no figura en nuestra Lista de medicamentos cubiertos o no está cubierto de la manera que usted desea, puede pedirnos que hagamos una “excepción”.

Cuando solicite una excepción, su médico u otro prescriptor deberá explicar las razones médicas por las que necesita dicha excepción.

Aquí le mostramos ejemplos de excepciones que usted o su médico, u otro prescriptor, pueden pedirnos que hagamos:

1. Cobertura de un medicamento de la Parte D que no figura en nuestra *Lista de medicamentos cubiertos* (Lista de medicamentos).
    - No puede solicitar una excepción al importe de copago o coaseguro que le exigimos que pague por el medicamento.
2. Eliminación de una restricción de nuestra cobertura. Existen normas o restricciones adicionales que se aplican a ciertos medicamentos de nuestra Lista de medicamentos (para obtener más información, consulte el capítulo 5, sección C, página 100).
    - Las normas y restricciones adicionales sobre la cobertura de ciertos medicamentos incluyen lo siguiente:
        - Estar obligado a usar la versión genérica de un medicamento en lugar del medicamento de marca.
        - Obtener la autorización del plan antes de que accedamos a cubrir el medicamento para usted. (Esto a veces se conoce como “autorización previa”).
        - Estar obligado a probar un medicamento diferente antes de que accedamos a cubrir el medicamento que está solicitando. (Esto a veces se conoce como “tratamiento escalonado”).
        - Límites de cantidad. Para algunos medicamentos, limitamos la cantidad de medicamento que puede obtener.

> **El término legal** para pedir la eliminación de una restricción sobre la cobertura de un medicamento a veces se conoce como pedir una **“excepción del formulario”**.

• Sección 6.3: Aspectos importantes que debe conocer sobre cómo solicitar excepciones

Su médico u otro prescriptor debe informarnos las razones médicas

Su médico u otro prescriptor debe enviarnos una declaración en la que deberá explicar las razones médicas para solicitar una excepción. Nuestra decisión sobre la excepción será más rápida si incluye esta información de su médico u otro prescriptor cuando solicite la excepción.

Por lo general, nuestra Lista de medicamentos incluye más de un medicamento para tratar una afección en particular. Estos se denominan medicamentos “alternativos”. Si un medicamento alternativo sería tan efectivo como el medicamento que está solicitando y no causaría más efectos secundarios u otros problemas de salud, generalmente no aprobaremos su solicitud de excepción.

Responderemos Sí o No a su solicitud de excepción

- Si la respuesta es **Sí** a su solicitud de excepción, la excepción generalmente dura hasta el final del año calendario. Esto se aplicará siempre y cuando su proveedor continúe recetándole el medicamento y ese medicamento siga siendo seguro y efectivo para tratar su afección.

- Si respondemos **No** a su solicitud de excepción, puede solicitar una revisión de nuestra decisión mediante una apelación. En la sección 6.5 en la página 169 le informamos cómo presentar una apelación si nuestra respuesta es **No**.

En la siguiente sección le indicamos cómo solicitar una decisión sobre la cobertura, incluida una excepción.

• Sección 6.4: Cómo solicitar una decisión sobre la cobertura de un medicamento de la Parte D o el reembolso de un medicamento de la Parte D, incluida una excepción

Qué hacer

- Pregunte por el tipo de decisión sobre la cobertura que desea obtener. Llámenos, escríbanos o envíenos un fax para hacer su solicitud.

- Puede llamarnos al 1-844-812-6896 (para TTY, marque 711).

- Puede escribirnos o enviarnos un fax a
  CVS Caremark Part D Appeals and Exceptions
  PO BOX 52066
  Phoenix, AZ 85072-2066
  Paper Claims Appeals
  Fax: 1-855-230-5549

- Usted o su médico (u otro prescriptor), o cualquier otra persona que actúe en su nombre, pueden solicitar una decisión sobre la cobertura. También puede pedirle a un abogado que actúe en su nombre.

- Lea la sección 4 en la página 143 para saber cómo dar permiso a otra persona para que actúe como su representante.

- No es necesario que le dé a su médico u otro prescriptor un permiso por escrito para solicitarnos una decisión sobre la cobertura en su nombre.

- Si desea que le reembolsemos por un medicamento, lea el capítulo 7, sección A, página 118 de este manual. En el capítulo 7 se describen las ocasiones en las que puede necesitar solicitar un reembolso. También se le informa cómo enviarnos la documentación mediante la que nos solicita que le reembolsemos nuestra parte del costo de un medicamento que usted ya ha pagado.

Resumen: Cómo solicitar una decisión sobre la cobertura en relación con un medicamento o pago

Llámenos, escríbanos o envíenos un fax para preguntarnos, o pídale a su representante, médico u otro prescriptor que nos pregunte. Le daremos una respuesta sobre una decisión sobre la cobertura estándar dentro de las 72 horas. Le daremos una respuesta sobre el reembolso de un medicamento de la Parte D que ya pagó dentro de los 14 días calendario.

- Si está solicitando una excepción, incluya la declaración de respaldo de su médico u otro prescriptor.
- Usted o su médico, u otro prescriptor, pueden solicitar una decisión rápida. (Las decisiones rápidas generalmente se toman dentro de las 24 horas).
- Lea esta sección para asegurarse de que califica para una decisión rápida. Léala también para encontrar información sobre los plazos para tomar decisiones.

- Si está solicitando una excepción, proporcione la “declaración de respaldo”. Su médico u otro prescriptor deben explicarnos las razones médicas para solicitar la excepción del medicamento. Esto se conoce como la “declaración de respaldo”.

- Su médico u otro prescriptor puede enviarnos la declaración por fax o por correo. O bien, su médico u otro prescriptor puede informárnoslo por teléfono y luego enviar la declaración por fax o por correo postal.

Si su salud lo requiere, puede solicitarnos que tomemos una "decisión rápida sobre la cobertura".

Utilizaremos los "plazos estándares", a menos que hayamos acordado utilizar los "plazos rápidos".

- Una **decisión estándar sobre la cobertura** significa que le daremos **una respuesta dentro de las 72 horas** de haber recibido la declaración de su proveedor.
- Una **decisión rápida sobre la cobertura** significa que le daremos **una respuesta dentro de las 24 horas** de haber recibido la declaración de su proveedor.

> **El término legal** para "decisión rápida sobre la cobertura" es **"determinación acelerada de cobertura"**.

Puede obtener una decisión rápida sobre la cobertura **únicamente si está solicitando un medicamento que aún no ha recibido**. (No puede obtener una decisión rápida sobre la cobertura si nos está pidiendo que le reembolsemos por un medicamento que ya compró).

Puede obtener una decisión rápida sobre la cobertura **únicamente si los plazos estándares podrían causar un daño grave a su salud o afectar su capacidad para desempeñarse**.

Si su médico u otro prescriptor nos afirma que su salud requiere una "decisión rápida sobre la cobertura", automáticamente aceptaremos tomar una decisión rápida sobre la cobertura, y se lo indicaremos en la carta.

- Si solicita una decisión rápida sobre la cobertura por su cuenta (sin el apoyo de su médico u otro prescriptor), nosotros decidiremos si la obtendrá.
- Si decidimos que su afección médica no cumple con los requisitos para una decisión rápida sobre la cobertura, usaremos los plazos estándares en su lugar.
  - Le enviaremos una carta en la que le informaremos al respecto. En la carta le indicaremos cómo presentar una queja sobre nuestra elección de tomar una decisión estándar.
  - Puede presentar una "queja rápida" y obtener una respuesta a su queja dentro de las 24 horas. Para obtener más información sobre el proceso para presentar quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la sección 10 en la página 189.

Plazos para una "decisión rápida sobre la cobertura"

- Si utilizamos los plazos rápidos, debemos darle una respuesta en un plazo de 24 horas. Esto significa dentro de las 24 horas siguientes a la recepción de su solicitud. O bien, si

está solicitando una excepción, 24 horas después de que recibamos la declaración que respalde su solicitud de su médico o prescriptor. Le proporcionaremos una respuesta antes si su salud así lo requiere.

- Si no cumplimos con este plazo, derivaremos su solicitud al nivel 2 del proceso de apelaciones. En el nivel 2, una entidad de auditoría independiente revisará su solicitud.
- **Si nuestra respuesta es Sí** a una parte o al total de lo que solicitó, debemos proporcionarle cobertura dentro de las 24 horas siguientes a la recepción de su solicitud o la declaración que respalde su solicitud de su médico o prescriptor.
- **Si nuestra respuesta es No** a una parte o al total de lo que usted solicitó, le enviaremos una carta en la que le explicaremos los motivos de nuestra decisión. En la carta también le explicaremos cómo puede apelar nuestra decisión.

Plazos para una "decisión estándar sobre la cobertura" en relación con un medicamento que aún no ha recibido

- Si utilizamos los plazos estándares, debemos darle una respuesta en un plazo de 72 horas luego de que recibamos su solicitud. O bien, si está solicitando una excepción, después de que recibamos la declaración de respaldo de su médico o prescriptor. Le proporcionaremos una respuesta antes si su salud así lo requiere.
- Si no cumplimos con este plazo, derivaremos su solicitud al nivel 2 del proceso de apelaciones. En el nivel 2, una entidad de auditoría independiente revisará su solicitud.
- **Si nuestra respuesta es Sí** a una parte o al total de lo que solicitó, debemos aprobar o proporcionar la cobertura dentro de las 72 horas siguientes a la recepción de su solicitud o, si está solicitando una excepción, la declaración que respalde su solicitud de su médico o prescriptor.
- **Si nuestra respuesta es No** a una parte o al total de lo que usted solicitó, le enviaremos una carta en la que le explicaremos los motivos de nuestra decisión. En la carta también le explicaremos cómo puede apelar nuestra decisión.

Plazos para una "decisión estándar sobre la cobertura" en relación con el pago de un medicamento que ya compró

- Debemos darle una respuesta dentro de los 14 días calendario después de recibir su solicitud.
- Si no cumplimos con este plazo, derivaremos su solicitud al nivel 2 del proceso de apelaciones. En el nivel 2, una entidad de auditoría independiente revisará su solicitud.

- **Si nuestra respuesta es Sí** a una parte o al total de lo que usted solicitó, le realizaremos el pago correspondiente dentro de los 14 días calendario.
- **Si nuestra respuesta es No** a una parte o al total de lo que usted solicitó, le enviaremos una carta en la que le explicaremos los motivos de nuestra decisión. En la carta también le explicaremos cómo puede apelar nuestra decisión.

• Sección 6.5: Apelación de nivel 1 para medicamentos de la Parte D

- Para iniciar la apelación, usted, su médico u otro prescriptor, o su representante, deben comunicarse con nosotros.
- Si solicita una apelación estándar, puede presentarla al enviar una solicitud por escrito a la siguiente dirección:

  CVS Caremark Part D Appeals and Exceptions
  PO BOX 52000 MC109
  Phoenix, AZ 85072-2000
  Nro. de fax para apelaciones:
  1-855-633-7673
- También puede llamarnos al 1-844-812-6896 (para TTY, marque 711) para solicitar una apelación.
- Si desea obtener una apelación rápida, puede presentarla por escrito o puede llamarnos.
- Debe presentar la solicitud de apelación **dentro de los 60 días calendario** a partir de la fecha del aviso, y pronto le informaremos nuestra decisión. Si no cumple con esta fecha límite y tiene un motivo justificado para no hacerlo, es posible que le demos más tiempo para presentar la apelación. Por ejemplo, una buena razón para no cumplir con la fecha límite sería si tiene una enfermedad grave que le impidió ponerse en contacto con nosotros o si le proporcionamos información incorrecta o incompleta sobre la fecha límite para solicitar una apelación.

Resumen: Cómo presentar una apelación de nivel 1

Usted, su médico o prescriptor pueden presentar la solicitud por escrito y enviárnosla por correo o fax. También puede llamarnos para solicitar una apelación.

- Solicítela **dentro de los 60 días calendario** de la decisión que está apelando. Si no cumple con la fecha límite por un motivo justificado, de todos modos, puede apelar.
- Usted, su médico, su prescriptor o su representante pueden llamarnos para solicitar una apelación rápida.
- Lea esta sección para asegurarse de que califica para una decisión rápida. Léala también para encontrar información sobre los plazos para tomar decisiones.

El término legal para una apelación al plan sobre una decisión sobre la cobertura de medicamentos de la Parte D es **"redeterminación"** del plan.

- Usted tiene derecho a solicitarnos una copia de la información sobre su apelación. Para solicitar una copia, llame a Servicios para Miembros al 1-844-812-6896 (para TTY, marque 711).

Si lo desea, usted y su médico u otra persona que le recete pueden proporcionarnos información adicional para respaldar su apelación.

Si su salud lo requiere, puede solicitar una "apelación rápida"

- Si está apelando una decisión que nuestro plan tomó sobre un medicamento que aún no ha recibido, usted y su médico u otra persona que le recete deberán decidir si necesita una "apelación rápida".
- Los requisitos para obtener una "apelación rápida" son los mismos que para obtener una "decisión rápida sobre la cobertura", que se detallan en la sección 6.4 en la página 165.

El término legal para "apelación rápida" es **"redeterminación acelerada"**.

Nuestro plan revisará su apelación y le proporcionará nuestra decisión

- Analizaremos nuevamente y de manera detallada toda la información acerca de su solicitud de cobertura. Verificaremos si seguimos todas las normas cuando respondimos **No** a su solicitud. Podemos comunicarnos con usted o con su médico, u otra persona que le recete, para obtener más información. El revisor será una persona que no tomó la decisión original sobre la cobertura.

Plazos para una "apelación rápida"

- Si utilizamos los plazos rápidos, le daremos una respuesta en un plazo de 72 horas luego de que recibamos su apelación, o anteriormente si su salud lo requiere.
- Si no le damos una respuesta dentro de las 72 horas, derivaremos su solicitud al nivel 2 del proceso de apelaciones. En el nivel 2, una entidad de auditoría independiente revisará su apelación.

- **Si nuestra respuesta es Sí** a una parte o al total de lo que solicitó, debemos proporcionarle cobertura dentro de las 72 horas siguientes a la recepción de su apelación.
- **Si nuestra respuesta es No** a una parte o al total de lo que usted solicitó, le enviaremos una carta en la que le explicaremos los motivos de nuestra decisión.

Plazos para una "apelación estándar"

- Si utilizamos los plazos estándares, debemos darle una respuesta dentro de los 7 días calendario después de recibir su apelación, o antes si su salud lo requiere, salvo si nos está pidiendo que le reembolsemos por un medicamento que ya compró. Si nos está pidiendo que le reembolsemos por un medicamento que ya compró, debemos darle una respuesta dentro de los 14 días calendario después de recibir su apelación. Si cree que su salud lo requiere, debe solicitar una "apelación rápida".
- Si no le informamos nuestra decisión dentro de 7 días calendario, o 14 días si nos pidió que le reembolsemos el dinero por un medicamento que ya compró, derivaremos su solicitud al nivel 2 del proceso de apelaciones. En el nivel 2, una entidad de auditoría independiente revisará su apelación.
- **Si nuestra respuesta es Sí** a una parte o al total de lo que usted solicitó:
  - Si aprobamos una solicitud de cobertura, debemos proporcionarle cobertura tan pronto como su salud lo requiera, pero a más tardar 7 días calendario después de recibir su apelación o 14 días si nos pidió que le reembolsemos por un medicamento que ya compró.
  - Si aprobamos una solicitud de reembolso por un medicamento que ya compró, le enviaremos el pago dentro de los 30 días calendario posteriores a la recepción de su solicitud de apelación.
- Si nuestra respuesta es No a una parte o al total de lo que usted solicitó, le enviaremos una carta en la que le explicaremos los motivos de nuestra decisión y le informaremos cómo apelar nuestra decisión.

• Sección 6.6: Apelación de nivel 2 para medicamentos de la Parte D

Si nuestra decisión es **No** a una parte o al total de su apelación, usted puede elegir entre aceptar esta decisión o presentar otra apelación. Si decide continuar con una apelación de nivel 2, la entidad de auditoría independiente (IRE) revisará nuestra decisión.

- Si desea que la IRE revise su caso, debe presentar su solicitud de apelación por escrito. En la carta que le enviaremos con nuestra decisión sobre la apelación de nivel 1 le explicaremos cómo solicitar la apelación de nivel 2.
- Si usted presenta una apelación a la IRE, le enviaremos el archivo de su caso. Usted tiene derecho a solicitar una copia del archivo de su caso; para ello, llame a Servicios para Miembros al 1-844-812-6896 (para TTY, marque 711).
- Usted tiene derecho a proporcionarle a la IRE otra información para respaldar su apelación.
- La IRE es una organización independiente contratada por Medicare. No tiene relación con este plan y no es una agencia gubernamental.
- Los revisores de la IRE analizarán detalladamente toda la información relacionada con su apelación. La organización le enviará una carta explicando su decisión.

Resumen: Cómo presentar una apelación de nivel 2

Si desea que la entidad de auditoría independiente revise su caso, debe presentar su solicitud de apelación por escrito.

- Solicítela **dentro de los 60 días calendario** de la decisión que está apelando. Si no cumple con la fecha límite por un motivo justificado, de todos modos, puede apelar.
- Usted, su médico u otro prescriptor, o su representante, pueden solicitar la apelación de nivel 2.
- Lea esta sección para asegurarse de que califica para una decisión rápida. Léala también para encontrar información sobre los plazos para tomar decisiones.

El término legal para una apelación a la IRE sobre un medicamento de la Parte D es **“reconsideración”**.

Plazos para la “apelación rápida” en el nivel 2

- Si su salud lo requiere, puede solicitar una “apelación rápida” a la entidad de auditoría independiente (IRE).
- Si la IRE acepta proporcionarle una “apelación rápida”, debe darle una respuesta a su apelación de nivel 2 dentro de las 72 horas de haber recibido su solicitud de apelación.
- Si la respuesta de la IRE es **Sí** a una parte o al total de lo que solicitó, debemos autorizar o proporcionar la cobertura del medicamento dentro de las 24 horas siguientes a la recepción de la decisión.

Plazos para la “apelación estándar” en el nivel 2

- Si presenta una apelación estándar en el nivel 2, la entidad de auditoría independiente (IRE) debe darle una respuesta a su apelación de nivel 2 dentro de los 7 días calendario posteriores a la recepción de su apelación, o 14 días si nos pidió que le reembolsemos el dinero por un medicamento que ya compró.

- Si la respuesta de la IRE es **Sí** a una parte o al total de lo que solicitó, debemos autorizar o proporcionar la cobertura del medicamento dentro de las 72 horas siguientes a la recepción de la decisión.

- Si la IRE aprueba una solicitud de reembolso por un medicamento que ya compró, le enviaremos el pago dentro de los 30 días calendario posteriores a la recepción de la decisión.

¿Qué sucede si la entidad de auditoría independiente rechaza su apelación de nivel 2?

No significa que la entidad de auditoría independiente (IRE) está de acuerdo con nuestra decisión de no aprobar su solicitud. Esto se llama “ratificar la decisión”. También se conoce como “rechazar su apelación”.

Si desea pasar al nivel 3 del proceso de apelaciones, los medicamentos que está solicitando deben cumplir con un valor mínimo en dólares. Si el valor en dólares es menor que el mínimo, no podrá seguir apelando. Si el valor en dólares es lo suficientemente alto, puede solicitar una apelación de nivel 3. En la carta que reciba de la IRE se le indicará el valor en dólares que necesita para continuar con el proceso de apelaciones.

Sección 7: Cómo pedirnos que cubramos una hospitalización más prolongada

Si lo hospitalizan, tiene derecho a recibir todos los servicios hospitalarios que cubrimos y que sean necesarios para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión.

Durante su hospitalización cubierta, su proveedor y el personal del hospital trabajarán con usted para prepararlo para el día en que le den el alta. También lo ayudarán a organizar cualquier atención que pueda necesitar después de que se retire del hospital.

- El día en que se retira del hospital se conoce como “fecha de alta”.
- Su proveedor o el personal del hospital le dirán cuál es su fecha de alta.

Si cree que le piden que se retire del hospital demasiado pronto, puede solicitar una hospitalización más prolongada. En esta sección le informamos cómo solicitarla.

• Sección 7.1: Conocer sus derechos de Medicare

Dentro de los dos días siguientes a su hospitalización, un trabajador social o enfermero le dará un aviso llamado “Mensaje importante de Medicare sobre sus derechos”. Si no recibe este aviso, pídaselo a cualquier empleado del hospital. Si necesita ayuda, llame a Servicios para Miembros al 1-844-812-6896 (para TTY, marque 711). También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Lea este aviso detalladamente y pregunte lo que necesita si no entiende. El “Mensaje importante” le informa sobre sus derechos como paciente del hospital, incluidos los siguientes derechos:

- Obtener servicios cubiertos por Medicare durante y después de la hospitalización. Usted tiene derecho a saber cuáles son estos servicios, quién los pagará y dónde puede obtenerlos.
- Participar en cualquier decisión sobre la duración de su hospitalización.
- Saber dónde informar cualquier inquietud que tenga sobre la calidad de su atención hospitalaria.
- Apelar si piensa que le están dando de alta del hospital demasiado pronto.

Usted debe firmar el aviso de Medicare para demostrar que lo recibió y que entiende sus derechos. Firmar el aviso **no** significa que usted está de acuerdo con la fecha de alta que le haya indicado su proveedor o el personal del hospital.

Guarde su copia del aviso firmado para que pueda consultar la información que allí se detalla si la necesita.

- Para ver una copia de este aviso de manera anticipada, puede llamar a Servicios para Miembros al 1-844-812-6896 (para TTY, marque 711). También puede llamar al 1-800 MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. La llamada es gratuita.
- También puede consultar el aviso en línea, en https://www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.html.
- Si necesita ayuda, llame a Servicios para Miembros o a Medicare a los números mencionados anteriormente.

• Sección 7.2: Apelación de nivel 1 para cambiar la fecha de alta del hospital

Si desea que cubramos sus servicios de hospitalización por más tiempo, debe solicitar una apelación. Una Organización para la Mejora de la Calidad hará la revisión de la apelación de nivel 1 para ver si la fecha de alta prevista es médicamente apropiada para usted. En Rhode Island, la Organización para la Mejora de la Calidad se llama KEPRO.

Para hacer una apelación para cambiar su fecha de alta, llame a KEPRO al 1-888-319-8452 (para TTY, llame al 1-855-843-4776).

¡Llame de inmediato!

Llame a la Organización para la Mejora de la Calidad **antes** de retirarse del hospital y no después de la fecha de alta prevista. El “Mensaje importante de Medicare sobre sus derechos” contiene información sobre cómo comunicarse con la Organización para la Mejora de la Calidad.

- **Si llama antes de retirarse**, se le permitirá permanecer en el hospital después de la fecha de alta prevista sin tener que pagar por ello, mientras espera que la Organización para la Mejora de la Calidad tome la decisión sobre su apelación.
- **Si no llama para apelar** y decide permanecer en el hospital después de la fecha de alta prevista, es posible que tenga que pagar todos los costos de la atención

Resumen: Cómo presentar una apelación de nivel 1 para cambiar la fecha de alta

Llame a la Organización para la Mejora de la Calidad de su estado al 1-888-319-8452 (para TTY, marque 1-855-843-4776) y solicite una “revisión rápida”.

Llame antes de retirarse del hospital y antes de la fecha de alta prevista.

hospitalaria que reciba después de la fecha de alta prevista.

- **Si no cumple con la fecha límite** para comunicarse con la Organización para la Mejora de la Calidad sobre su apelación, puede presentar su apelación directamente a nuestro plan. Para obtener más información, consulte la sección 7.4 en la página 178.

Queremos asegurarnos de que entiende lo que necesita hacer y cuáles son los plazos.

- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, llame a Servicios para Miembros al 1-844-812-6896 (para TTY, marque 711). También puede llamar a RIPIN Healthcare Advocate al 1-855-747-3224 o al Programa Estatal de Asistencia sobre el Seguro Médico (SHIP) al 401-462-4444.

¿Qué es una Organización para la Mejora de la Calidad?

Es un grupo de médicos y otros profesionales de la salud pagados por el gobierno federal. Estos especialistas no son parte de nuestro plan. Son contratados por Medicare para verificar y ayudar a mejorar la calidad de la atención para las personas que tienen Medicare.

Solicitar una “revisión rápida”

Debe solicitar a la Organización para la Mejora de la Calidad una “revisión rápida” de su alta. Solicitar una “revisión rápida” significa que le está pidiendo a la organización que utilice los plazos rápidos en lugar de los plazos estándares para una apelación.

> **El término legal** para “apelación rápida” es **“revisión inmediata”**.

¿Qué sucede durante la revisión rápida?

- Los revisores de la Organización para la Mejora de la Calidad le preguntarán a usted o a su representante por qué cree que la cobertura debe continuar después de la fecha de alta prevista. Usted no tiene que preparar nada por escrito, pero puede hacerlo si lo desea.
- Los revisores examinarán su registro médico, hablarán con su proveedor y revisarán toda la información relacionada con su hospitalización.
- Al mediodía del día después de que los revisores nos informen sobre su apelación, usted recibirá una carta en la que se indica la fecha de alta prevista. La carta explica las razones por las que su proveedor, el hospital y nosotros creemos que es correcto que le den de alta en esa fecha.

El término legal para esta explicación escrita se llama **"Aviso detallado del alta"**. Para obtener un ejemplo, llame a Servicios para Miembros al 1-844-812-6896 (para TTY, marque 711). También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. O puede ver un ejemplo del aviso en línea, en https://www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.html.

¿Qué sucede si la respuesta es Sí?

- Si la Organización para la Mejora de la Calidad responde **Sí** a su apelación, debemos seguir cubriendo sus servicios hospitalarios por el tiempo que sean médicamente necesarios.

¿Y si la respuesta es No?

- Si la Organización para la Mejora de la Calidad responde **No** a su apelación, le están informando que la fecha de alta prevista es médicamente apropiada. Si esto sucede, nuestra cobertura para los servicios de hospitalización terminará al mediodía del día *después* de que la Organización para la Mejora de la Calidad le dé su respuesta.

- Si la Organización para la Mejora de la Calidad le responde **No** y usted decide permanecer en el hospital, es posible que tenga que pagar por su hospitalización continua. El costo de la atención hospitalaria que usted podría tener que pagar comienza al mediodía del día después de que la Organización para la Mejora de la Calidad le brinde una respuesta.

- Si la Organización para la Mejora de la Calidad rechaza su apelación *y* usted se queda en el hospital después de la fecha de alta prevista, puede presentar una apelación de nivel 2.

• Sección 7.3: Apelación de nivel 2 para cambiar la fecha de alta del hospital

Si la Organización para la Mejora de la Calidad ha rechazado su apelación y usted se queda en el hospital después de la fecha de alta prevista, puede presentar una apelación de nivel 2. Deberá comunicarse nuevamente con la Organización para la Mejora de la Calidad y solicitar otra revisión.

Solicite la revisión de nivel 2 **dentro de los 60 días calendario** posteriores al día en que la Organización para la Mejora de la Calidad respondió **No** a su apelación de nivel 1. Puede solicitar esta revisión solo si permaneció en el hospital después de la fecha en que terminó su cobertura de la atención.

En Rhode Island, la Organización para la Mejora de la Calidad se llama KEPRO. Puede comunicarse con KEPRO al 1-888-319-8452.

- Los revisores de la Organización para la Mejora de la Calidad analizarán nuevamente de manera detallada toda la información relacionada con su apelación.

- Dentro de los 14 días calendario siguientes a la recepción de su solicitud de una segunda revisión,

Resumen: Cómo presentar una apelación de nivel 2 para cambiar la fecha de alta

Llame a la Organización para la Mejora de la Calidad de su estado al 1-888-319-8452 y solicite otra revisión.

los revisores de la Organización para la Mejora de la Calidad tomarán una decisión.

¿Qué sucede si la respuesta es Sí?

- Debemos reembolsarle nuestra parte de los costos de la atención hospitalaria que recibió a partir del mediodía del día siguiente a la fecha de su primera decisión de apelación. Debemos continuar brindando la cobertura de la atención hospitalaria durante el tiempo que sea médicamente necesario.
- Usted debe continuar pagando su parte de los costos, y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura.

¿Qué sucede si la respuesta es No?

Significa que la Organización para la Mejora de la Calidad está de acuerdo con la decisión del nivel 1 y no la cambiará. En la carta que reciba se le informará qué puede hacer si desea continuar con el proceso de apelaciones.

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 hospitalización después de la fecha de alta prevista.

• Sección 7.4: ¿Qué sucede si no cumplo con los plazos de apelación?

Si no cumple con los plazos de apelación, hay otra manera de presentar apelaciones de nivel 1 y nivel 2, llamada apelaciones alternativas. Pero los dos primeros niveles de apelación son diferentes.

Apelación alternativa de nivel 1 para cambiar la fecha de alta del hospital

Si no cumple con el plazo para ponerse en contacto con la Organización para la Mejora de la Calidad, puede presentar una apelación y solicitar una “revisión rápida”. Una revisión rápida es una apelación en la que se utilizan los plazos rápidos en lugar de los plazos estándares.

- Durante esta revisión, examinamos toda la información sobre su hospitalización. Verificamos si la decisión sobre cuándo debe retirarse del hospital fue justa y si se siguieron todas las reglas.
- Utilizaremos los plazos rápidos en lugar de los plazos estándares para darle la respuesta a esta revisión. Esto significa que le informaremos sobre nuestra decisión dentro de las 72 horas después de que usted solicite una “revisión rápida”.

Resumen: Cómo presentar una apelación alternativa de nivel 1

Llame a nuestro número de Servicios para Miembros y solicite una “revisión rápida” de la fecha de alta del hospital.

Le informaremos sobre nuestra decisión dentro de las 72 horas.

- **Si respondemos Sí a su revisión rápida**, esto significa que estamos de acuerdo en que aún necesita estar hospitalizado después de la fecha de alta. Seguiremos cubriendo los servicios hospitalarios durante el tiempo que sea médicamente necesario. También significa que estamos de acuerdo en pagarle nuestra parte de los costos de la atención que recibió desde la fecha en que le dijimos que su cobertura terminaría.

- **Si respondemos No a su revisión rápida**, estamos diciendo que su fecha de alta prevista fue médicamente apropiada. Nuestra cobertura de sus servicios de hospitalización termina el día que dijimos que terminaría.

  - Si se quedó en el hospital *después* de la fecha de alta prevista, es posible que tenga que pagar el costo total de la atención hospitalaria que recibió después de la fecha de alta prevista.

- Para asegurarnos de que estábamos siguiendo todas las reglas cuando respondimos **No** a su apelación rápida, enviaremos su apelación a la "entidad de auditoría independiente". Si hacemos esto, significa que su caso pasa automáticamente al nivel 2 del proceso de apelaciones.

El término legal para "revisión rápida" es **"apelación acelerada"**.

Apelación alternativa de nivel 2 para cambiar la fecha de alta del hospital

Enviaremos la información de su apelación de nivel 2 a la entidad de auditoría independiente (IRE) dentro de las 24 horas posteriores al momento en que le informamos la decisión de nivel 1. Si cree que no estamos cumpliendo con este plazo u otros plazos, puede presentar una queja. En la sección 10 de la página 189 le informamos cómo presentar una queja.

Durante la apelación de nivel 2, la IRE revisa la decisión que tomamos cuando le dijimos que **No** a su "revisión rápida". Esta organización decide si la decisión que tomamos se debe cambiar.

- La IRE hace una "revisión rápida" de su apelación. Los revisores generalmente le dan una respuesta dentro de las 72 horas.

- La IRE es una organización independiente contratada por Medicare. Esta organización no tiene relación con nuestro plan y no es una agencia gubernamental.

Resumen: Cómo presentar una apelación alternativa de nivel 2

No es necesario que haga nada. El plan enviará automáticamente su apelación a la entidad de auditoría independiente.

- Los revisores de la IRE analizarán detalladamente toda la información relacionada con su apelación sobre el alta hospitalaria.
- Si la IRE responde **Sí** a su apelación, entonces debemos reembolsarle nuestra parte de los costos de la atención hospitalaria que recibió desde la fecha de alta prevista. También debemos continuar nuestra cobertura de sus servicios hospitalarios por el tiempo que sea médicamente necesario.
- Si la respuesta de la IRE es **No** a su apelación, significa que están de acuerdo con nosotros en que la fecha de alta hospitalaria prevista fue médicamente apropiada.
- En la carta que reciba de la IRE se le informará qué puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Allí le brindaremos detalles sobre cómo pasar a una apelación de nivel 3, que es gestionada por un juez.

Sección 8: Qué debe hacer si cree que sus servicios de atención médica en el hogar, la atención de enfermería especializada o los servicios de un centro integral de rehabilitación para pacientes ambulatorios (CORF) están terminando demasiado pronto

Esta sección se refiere únicamente a los siguientes tipos de atención médica:

- Servicios de atención médica en el hogar.
- Atención de enfermería especializada en un centro de enfermería especializada.
- Atención de rehabilitación que está recibiendo como paciente ambulatorio en un centro integral de rehabilitación para pacientes ambulatorios (CORF) aprobado por Medicare. Por lo general, esto significa que usted está recibiendo tratamiento por una enfermedad o un accidente, o que se está recuperando de una operación importante.
    - Con cualquiera de estos tres tipos de atención, usted tiene derecho a seguir recibiendo servicios cubiertos durante el tiempo que el proveedor considere que los necesita.
    - Si decidimos dejar de cubrir cualquiera de estos servicios, debemos informarle antes de que finalicen sus servicios. Cuando termine su cobertura de esa atención, *dejaremos de pagarla*.

Si cree que estamos terminando la cobertura de su atención demasiado pronto, **puede apelar nuestra decisión**. En esta sección le informamos cómo presentar una apelación.

• Sección 8.1: Le informaremos de manera anticipada cuándo terminará su cobertura

Recibirá un aviso por lo menos dos días antes de que dejemos de pagar por su atención. Esto se llama “Aviso de no cobertura de Medicare”.

- El aviso por escrito le indica la fecha en que dejaremos de cubrir su atención.
- El aviso por escrito también le explica cómo apelar esta decisión.

Usted o su representante deben firmar el aviso por escrito para demostrar que lo recibieron. Firmarlo **no** significa que está de acuerdo con la decisión de que es hora de dejar de recibir la atención.

Cuando su cobertura termine, dejaremos de pagar.

• Sección 8.2: Apelación de nivel 1 para seguir recibiendo atención

Si cree que estamos terminando la cobertura de su atención demasiado pronto, puede apelar nuestra decisión. En esta sección le informamos cómo presentar una apelación.

Antes de iniciar una apelación, debe entender lo que necesita hacer y cuáles son los plazos.

- **Cumpla con los plazos.** Los plazos son importantes. Asegúrese de entender y cumplir con los plazos que se aplican a lo que debe hacer. También hay plazos con los que debe cumplir nuestro plan. (Si cree que no estamos cumpliendo con nuestros plazos, puede presentar una queja. En la sección 10 de la página 189 le informamos cómo presentar una queja).

- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, llame a Servicios para Miembros al 1-844-812-6896 (para TTY, marque 711). O llame al Programa Estatal de Asistencia sobre el Seguro Médico al 1-401-465-4444.

Durante una apelación de nivel 1, una Organización para la Mejora de la Calidad revisará su apelación y decidirá si cambia o no la decisión que tomamos. En Rhode Island, la Organización para la Mejora de la Calidad se llama KEPRO. Puede comunicarse con KEPRO al 1-888-319-8452. La información sobre la apelación a la Organización para la Mejora de la Calidad también se encuentra en el Aviso de no cobertura de Medicare. Este es el aviso que recibió cuando le informaron que dejaríamos de cubrir su atención.

Resumen: Cómo presentar una apelación de nivel 1 para pedirle al plan que continúe cubriendo su atención

Llame a la Organización para la Mejora de la Calidad de su estado al 1-888-319-8452 y solicite una “apelación rápida”.

Llame antes de retirarse de la agencia o el centro que le está proporcionando la atención y antes de la fecha de alta prevista.

¿Qué es una Organización para la Mejora de la Calidad?

Es un grupo de médicos y otros profesionales de la salud pagados por el gobierno federal. Estos especialistas no son parte de nuestro plan. Son contratados por Medicare para verificar y ayudar a mejorar la calidad de la atención para las personas que tienen Medicare.

¿Qué debe solicitar?

Debe solicitarles una “apelación rápida”. Esta es una revisión independiente de si es médicamente apropiado para nosotros terminar la cobertura de sus servicios.

¿Cuál es el plazo para ponerse en contacto con esta organización?

- Debe comunicarse con la Organización para la Mejora de la Calidad a más tardar al mediodía del día siguiente a la recepción del aviso por escrito en el que se le informará cuándo dejaremos de cubrir su atención.
- Si no cumple con la fecha límite para comunicarse con la Organización para la Mejora de la Calidad sobre su apelación, puede presentarnos su apelación directamente a nosotros. Para obtener más información sobre esta otra forma de presentar su apelación, consulte la sección 8.4 en la página 185.

El término legal para el aviso escrito es **"Aviso de no cobertura de Medicare"**. Para obtener una copia de ejemplo, llame a Servicios para Miembros al 1-844-816-6896 (para TTY, marque 711) o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. O puede obtener una copia en Internet, en ***https://www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/MAEDNotices.html*.**

¿Qué sucede durante la revisión de la Organización para la Mejora de la Calidad?

- Los revisores de la Organización para la Mejora de la Calidad le preguntarán a usted o a su representante por qué cree que la cobertura de los servicios debe continuar. Usted no tiene que preparar nada por escrito, pero puede hacerlo si lo desea.
- Cuando usted solicita una apelación, el plan debe escribirles una carta a usted y a la Organización para la Mejora de la Calidad explicándoles por qué sus servicios deben terminar.
- Los revisores también revisarán sus registros médicos, hablarán con su proveedor y revisarán la información que nuestro plan les ha proporcionado.
- **Dentro de un día completo después de que los revisores tengan toda la información que necesitan, estos le informarán su decisión.** Recibirá una carta en la que se explicará la decisión.

El término legal para la carta que explica por qué sus servicios deben terminar es **"Explicación detallada de la falta de cobertura"**.

¿Qué sucede si la respuesta de los revisores es Sí?

- Si los revisores responden **Sí** a su apelación, debemos seguir cubriendo sus servicios por el tiempo que sean médicamente necesarios.

¿Qué sucede si la respuesta de los revisores es No?

- Si la respuesta de los revisores es **No** a su apelación, su cobertura terminará en la fecha que le informamos. Dejaremos de pagar nuestra parte de los costos de esta atención.
- Si decide seguir recibiendo los servicios de atención médica en el hogar, atención en un centro de enfermería especializada o en un centro integral de rehabilitación para pacientes ambulatorios (CORF) después de la fecha en que finaliza su cobertura, tendrá que pagar el costo total de esta atención.

• Sección 8.3: Apelación de nivel 2 para seguir recibiendo atención

Si la decisión de la Organización para la Mejora de la Calidad es **No** a la apelación **y** usted decide continuar recibiendo atención después de que su cobertura haya terminado, puede presentar una apelación de nivel 2.

Durante la apelación de nivel 2, la Organización para la Mejora de la Calidad revisará nuevamente la decisión que tomó en el nivel 1. Si afirman que están de acuerdo con la decisión de nivel 1, es posible que tenga que pagar el costo total de los servicios de atención médica en el hogar, la atención en un centro de enfermería especializada o en un centro integral de rehabilitación para pacientes ambulatorios (CORF) después de la fecha en que le dijimos que su cobertura terminaría.

En Rhode Island, la Organización para la Mejora de la Calidad se llama KEPRO. Puede comunicarse con KEPRO al 1-888-319-8452. Solicite la revisión de nivel 2 **dentro de los 60 días calendario** posteriores al día en que la Organización para la Mejora de la Calidad respondió **No** a su apelación de nivel 1. Puede solicitar esta revisión solo si siguió recibiendo atención después de la fecha en que terminó su cobertura de la atención.

- Los revisores de la Organización para la Mejora de la Calidad analizarán nuevamente de manera detallada toda la información relacionada con su apelación.
- La Organización para la Mejora de la Calidad tomará su decisión dentro de los

Resumen: Cómo presentar una apelación de nivel 2 para pedirle al plan que cubra su atención durante más tiempo

Llame a la Organización para la Mejora de la Calidad de Rhode Island al 1-888-319-8452 y solicite otra revisión.

Llame antes de retirarse de la agencia o el centro que le está proporcionando la atención y antes de la fecha de alta prevista.

14 días calendario siguientes a la recepción de su solicitud de apelación.

¿Qué sucede si la respuesta de la organización de revisión es Sí?

- Debemos reembolsarle nuestra parte de los costos de la atención que recibió desde la fecha en que le dijimos que su cobertura terminaría. Debemos continuar brindando cobertura de la atención durante el tiempo que sea médicamente necesario.

¿Qué sucede si la respuesta de la organización de revisión es No?

- Significa que están de acuerdo con la decisión que tomaron en la apelación de nivel 1 y no la cambiarán.
- En la carta que reciba se le informará qué puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Allí le brindaremos detalles sobre cómo pasar al siguiente nivel de apelaciones, que es gestionado por un juez.

• Sección 8.4: ¿Qué sucede si no cumple con el plazo para presentar su apelación de nivel 1?

Si no cumple con los plazos de apelación, hay otra manera de presentar apelaciones de nivel 1 y nivel 2, llamada apelaciones alternativas. Pero los dos primeros niveles de apelación son diferentes.

Apelación alternativa de nivel 1 para seguir recibiendo atención durante más tiempo

Si no cumple con el plazo para ponerse en contacto con la Organización para la Mejora de la Calidad, puede presentar una apelación y solicitar una “revisión rápida”. Una revisión rápida es una apelación en la que se utilizan los plazos rápidos en lugar de los plazos estándares.

- Durante esta revisión, examinamos toda la información acerca de su atención médica en el hogar, atención en un centro de enfermería especializada o atención que está recibiendo en un centro integral de rehabilitación para pacientes ambulatorios (CORF). Verificamos si la decisión sobre cuándo deben terminar sus servicios fue justa y si se cumplieron todas las reglas.
- Utilizaremos los plazos rápidos en lugar de los plazos estándares para darle la respuesta a esta revisión. Le informaremos sobre nuestra decisión dentro de las 72 horas después de que usted solicite una “revisión rápida”.

Resumen: Cómo presentar una apelación alternativa de nivel 1

Llame a nuestro número de Servicios para Miembros y solicite una “revisión rápida”.

Le informaremos sobre nuestra decisión dentro de las 72 horas.

- **Si nuestra respuesta es Sí** a su revisión rápida, esto significa que aceptamos seguir cubriendo sus servicios durante el tiempo que sea médicamente necesario. También significa que estamos de acuerdo en pagarle nuestra parte de los costos de la atención que recibió desde la fecha en que le dijimos que su cobertura terminaría.

- **Si respondemos No** a su revisión rápida, estamos diciendo que dejar de brindarle los servicios fue médicamente apropiado. Nuestra cobertura finalizará el día que dijimos que terminaría.

Si continúa recibiendo servicios después del día en que le dijimos que dejaríamos de cubrirlos, **es posible que tenga que pagar el costo total** de los servicios.

Para asegurarnos de que estábamos siguiendo todas las reglas cuando respondimos **No** a su apelación rápida, enviaremos su apelación a la "entidad de auditoría independiente". Si hacemos esto, significa que su caso pasa automáticamente al nivel 2 del proceso de apelaciones.

> **El término legal** para "revisión rápida" es **"apelación acelerada"**.

Apelación alternativa de nivel 2 para seguir recibiendo atención durante más tiempo

Enviaremos la información de su apelación de nivel 2 a la entidad de auditoría independiente (IRE) dentro de las 24 horas posteriores al momento en que le informamos la decisión de nivel 1. Si cree que no estamos cumpliendo con este plazo u otros plazos, puede presentar una queja. En la sección 10 de la página 189 le informamos cómo presentar una queja.

Durante la apelación de nivel 2, la IRE revisa la decisión que tomamos cuando le dijimos que **No** a su "revisión rápida". Esta organización decide si la decisión que tomamos se debe cambiar.

- La IRE hace una "revisión rápida" de su apelación. Los revisores generalmente le dan una respuesta dentro de las 72 horas.

- La IRE es una organización independiente contratada por Medicare. Esta organización no tiene relación con nuestro plan y no es una agencia gubernamental.

- Los revisores de la IRE analizarán detalladamente toda la información relacionada con su apelación.

> **Resumen: Cómo presentar una apelación de nivel 2 para pedirle al plan que siga cubriendo su atención**
>
> No es necesario que haga nada. El plan enviará automáticamente su apelación a la entidad de auditoría independiente.

- **Si la IRE responde Sí** a su apelación, entonces debemos reembolsarle nuestra parte de los costos de la atención. También debemos continuar nuestra cobertura de sus servicios por el tiempo que sea médicamente necesario.

- **Si la respuesta de la IRE es No** a su apelación, significa que están de acuerdo con nosotros en que la decisión de dejar de brindar la cobertura de los servicios fue médicamente apropiada.

En la carta que reciba de la IRE se le informará qué puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Allí le brindaremos detalles sobre cómo pasar a una apelación de nivel 3, que es gestionada por un juez.

Sección 9: Cómo derivar una apelación más allá del nivel 2

• Sección 9.1: Próximos pasos para los servicios y artículos de Medicare

Si presentó una apelación de nivel 1 y una apelación de nivel 2 para servicios o artículos de Medicare, y ambas han sido rechazadas, es posible que tenga derecho a niveles adicionales de apelación. En la carta que reciba de la entidad de auditoría independiente se le dirá qué hacer si desea continuar con el proceso de apelaciones.

El nivel 3 del proceso de apelaciones es una audiencia de un juez de derecho administrativo (ALJ). La persona que toma la decisión en una apelación de nivel 3 es un ALJ o un abogado mediador. Si desea que un ALJ o un abogado mediador revise su caso, el artículo o servicio médico que está solicitando, debe cumplir con un monto mínimo en dólares. Si el valor en dólares es menor que el nivel mínimo, no podrá seguir apelando. Si el valor en dólares es lo suficientemente alto, puede solicitar al ALJ o al abogado mediador que se ocupen de su apelación.

Si no está de acuerdo con la decisión del ALJ o del abogado mediador, puede acudir al Consejo de Apelaciones de Medicare. Posteriormente, puede tener el derecho de pedirle a un tribunal federal que examine su apelación.

Si necesita ayuda en cualquier etapa del proceso de apelaciones, puede comunicarse con RIPIN Healthcare Advocate. El número de teléfono es 1-855-747-3224.

• Sección 9.2: Próximos pasos para los servicios y artículos de Medicaid

También tiene más derechos de apelación si su apelación se refiere a servicios, artículos o medicamentos que podrían estar cubiertos por Medicaid. Si la Oficina de Audiencia Estatal Imparcial de la EOHHS o a la organización de revisión externa de Rhode Island deniega una parte o a la totalidad de su apelación de nivel 2, por un servicio, artículo o medicamento de Medicaid, usted puede presentar una apelación de nivel 3. Le enviaremos una carta en la que le indicaremos cómo hacerlo. El nivel 3 del proceso de apelaciones para un servicio, artículo o medicamento de Medicaid se trata en el tribunal estatal.

Para obtener más información sobre cómo pasar al siguiente nivel de apelación, comuníquese con nosotros al 1-844-812-6896; para TTY, marque 711. También puede comunicarse con RIPIN Healthcare Advocate para obtener ayuda. El número de teléfono es 1-855-747-3224.

Sección 10: ¿Cómo presento una queja?

¿Qué tipo de problemas se deben presentar como quejas?

El proceso de presentación de quejas se utiliza solo para ciertos tipos de problemas, tales como problemas relacionados con la calidad de la atención, los tiempos de espera y el servicio de atención al cliente. A continuación, se muestran ejemplos de los tipos de problemas gestionados a través del proceso de presentación de quejas.

Quejas sobre la calidad

- No está satisfecho con la calidad de la atención, como la atención que recibió en el hospital.

Quejas sobre la privacidad

- Piensa que alguien no respetó su derecho a la privacidad o compartió información sobre usted que es confidencial.

Quejas sobre un servicio al cliente deficiente

- Un proveedor o personal de atención médica fue grosero o irrespetuoso con usted.
- El personal de Neighborhood INTEGRITY lo trató mal.
- Piensa que lo están presionando para que se retire del plan.

Resumen: ¿Cómo presento una queja?

Usted puede presentar una queja interna con nuestro plan o una queja externa con una organización que no esté vinculada con nuestro plan.

Para presentar una queja interna, llame a Servicios para Miembros o envíenos una carta.

Existen diferentes organizaciones que gestionan las quejas externas. Para obtener más información, consulte la sección 10.2 en la página 192.

Quejas sobre accesibilidad

- No puede acceder físicamente a los servicios y las instalaciones de atención médica en el consultorio de un médico o proveedor.
- Su proveedor no le brinda la adaptación razonable que usted necesita, tal como un intérprete de lenguaje de señas norteamericano.

Quejas sobre los tiempos de espera

- Está teniendo problemas para conseguir una cita o está esperando demasiado tiempo para conseguirla.
- Ha tenido que esperar demasiado para recibir atención de parte de médicos, farmacéuticos u otros profesionales de la salud, o por parte de Servicios para Miembros u otro personal del plan.

Quejas sobre la limpieza

- Cree que la clínica, el hospital o el consultorio del médico no están limpios.

Quejas sobre el acceso al idioma

- Su médico o proveedor no le proporciona un intérprete durante la cita.

Quejas sobre comunicaciones de nuestra parte

- Cree que no le entregamos un aviso o una carta que debería haber recibido.
- Piensa que la información escrita que le enviamos es demasiado difícil de entender.

Quejas sobre la puntualidad de nuestras acciones relacionadas con decisiones de cobertura o apelaciones

- Cree que no estamos cumpliendo con nuestros plazos para tomar una decisión sobre la cobertura o responder a su apelación.
- Cree que, después de obtener una decisión sobre la cobertura o apelación a su favor, no estamos cumpliendo con los plazos para aprobar o brindarle el servicio, o bien reembolsarle por ciertos servicios médicos.
- Cree que no enviamos su caso a tiempo a la entidad de auditoría independiente.

> **El término legal** para una “queja” es un **“reclamo”**.
>
> **El término legal** para “presentar una queja” es **“presentar un reclamo”.**

¿Existen diferentes tipos de quejas?

Sí. Puede presentar una queja interna o externa. Las quejas internas se deben presentar ante nuestro plan, quien será el encargado de revisarlas. Las quejas internas se deben presentar ante una organización que no está afiliada a nuestro plan, y ellos serán los encargados de revisarla. Si necesita ayuda para presentar una queja interna o externa, puede llamar a RIPIN Healthcare Advocate al 1-855-747-3224.

• Sección 10.1: Quejas internas

Para presentar una queja interna, llame a Servicios para Miembros al 1-844-812-6896 (para TTY, marque 711). Puede presentar la queja en cualquier momento, a menos que se trate de un medicamento de la Parte D. Si la queja es acerca de un medicamento de la Parte D, debe presentarla **dentro de los 60 días calendario** después de haber tenido el problema sobre el que desea presentar la queja.

- Si hay algo más que necesite hacer, Servicios para Miembros se lo informará.
- También puede escribir su queja y enviárnosla. Si usted presenta su queja por escrito, nosotros responderemos a su queja por escrito.
- También puede presentar una queja rápida llamando a Servicios para Miembros al 1-844-812-6896 (para TTY, marque 711). Consulte la siguiente información sobre sus derechos para presentar quejas rápidas.

> **El término legal** para “queja rápida” es **“queja acelerada”**.

Si es posible, le responderemos de inmediato. Si nos llama para presentar una queja, es posible que podamos darle una respuesta en la misma llamada telefónica. Si su estado de salud requiere que le respondamos rápidamente, lo haremos.

- Respondemos a la mayoría de las quejas dentro de los 30 días calendario. Si necesitamos más información y lo mejor para usted es que retrasemos la decisión, o si usted solicita más tiempo, podemos tomarnos hasta 14 días calendario más (44 días calendario en total) para responder a su queja. Le informaremos por escrito por qué necesitamos más tiempo.
- Si presenta una queja porque le denegamos su solicitud de una “decisión rápida sobre la cobertura” o una “apelación rápida”, automáticamente le daremos la posibilidad de presentar una “queja rápida” y responderemos a su queja dentro de las 24 horas.
- Si presenta una queja porque nos tomamos más tiempo para tomar una decisión sobre la cobertura o una apelación, automáticamente le permitiremos presentar una “queja rápida” y responderemos a su queja dentro de las 24 horas.

Si no estamos de acuerdo con una parte o el total de su queja, **se lo diremos** y le explicaremos nuestras razones. Responderemos si estamos de acuerdo o no con la queja.

• Sección 10.2: Quejas externas

Puede informar a Medicare sobre su queja

Puede enviar su queja a Medicare. El Formulario de quejas de Medicare está disponible en https://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx.

Medicare trata sus quejas con seriedad y utilizará esta información para ayudar a mejorar la calidad del programa de Medicare.

Si tiene alguna otra opinión o inquietud, o si considera que el plan no está abordando su problema, llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048. La llamada es gratuita.

Puede informar al Departamento de Salud de Rhode Island o a la Oficina del Comisionado de Seguros de Salud de Rhode Island acerca de su queja.

Puede presentar una queja ante el Departamento de Salud de Rhode Island llamando al 1-401-222-2231. También puede presentar una queja ante la Oficina del Comisionado de Seguros de Salud de Rhode Island llamando al 1-401-462-9517.

Puede presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles

Puede presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos si cree que no ha recibido un trato justo. Por ejemplo, puede presentar una queja sobre el acceso para discapacitados o la asistencia con el idioma. El número de teléfono de la Oficina de Derechos Civiles es 1-800-368-1019. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-537-7697. También puede visitar http://www.hhs.gov/ocr para obtener más información.

También puede comunicarse con las siguientes oficinas locales de derechos civiles:

- Comisión de Derechos Humanos de Rhode Island, al 1-401-222-2661. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-401-222-2664.
- Oficial de enlace de relaciones comunitarias del Departamento de Servicios Humanos de Rhode Island al 1-401-415-8216. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-401-462-6239 o al 711.
- Oficina de Derechos Civiles (OCR), región de Nueva Inglaterra, al 1-800-368-1019. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-537-7697.

También puede tener derechos en virtud de la Ley de Estadounidenses con Discapacidades. Puede comunicarse con RIPIN Healthcare Advocate para obtener ayuda. El número de teléfono es 1-855-747-3224.

Puede presentar una queja ante la Organización para la Mejora de la Calidad

Si su queja es sobre la calidad de la atención, también tiene dos opciones:

- Si lo prefiere, puede presentar su queja sobre la calidad de la atención directamente a la Organización para la Mejora de la Calidad (sin presentarnos la queja a nosotros).
- O bien, puede presentar su queja ante nosotros y ante la Organización para la Mejora de la Calidad. Si presenta una queja a esta organización, trabajaremos con ellos para resolver su queja.

La Organización para la Mejora de la Calidad es un grupo de médicos en ejercicio y otros especialistas en el cuidado de la salud pagados por el gobierno federal para revisar y mejorar el cuidado que se brinda a los pacientes de Medicare. Para obtener más información sobre la Organización para la Mejora de la Calidad, consulte el capítulo 2.

En Rhode Island, la Organización para la Mejora de la Calidad se llama KEPRO. El número de teléfono de KEPRO es 1-888-319-8452.

Capítulo 10: Cómo finalizar la membresía de su plan de Medicare y Medicaid

Introducción

En este capítulo se le informa cuándo y cómo puede finalizar su membresía de nuestro plan y cuáles son sus opciones de cobertura de salud después de dejar nuestro plan. Si abandona nuestro plan, seguirá siendo parte de los programas de Medicare y Medicaid mientras sea elegible. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo del *Manual del miembro*.

Índice

A. Cuándo puede finalizar la membresía de nuestro plan de Medicare y Medicaid 201

B. Cómo finalizar su membresía de nuestro plan 202

C. Cómo obtener servicios de Medicare y Medicaid por separado 202

C1. Formas de obtener servicios de Medicare 203

C2. Cómo obtener los servicios de Medicaid 205

D. Siga recibiendo sus servicios médicos y medicamentos a través de nuestro plan hasta que finalice su membresía 205

E. Otras situaciones en las que su membresía finaliza 205

F. Reglas que prohíben pedirle que abandone nuestro plan por cualquier razón relacionada con la salud 206

G. Su derecho a presentar una queja si terminamos su membresía en nuestro plan 206

H. Cómo obtener más información sobre cómo finalizamos su membresía del plan 207

A. Cuándo puede finalizar la membresía de nuestro plan de Medicare y Medicaid

Puede terminar su membresía del plan Neighborhood INTEGRITY de Medicare y Medicaid en cualquier momento del año si se inscribe en otro plan de Medicare Advantage o si pasa a Original Medicare.

Su membresía terminará el último día del mes en que recibamos su solicitud de cambio de plan. Por ejemplo, si recibimos su solicitud el 18 de enero, su cobertura con nuestro plan terminará el 31 de enero. Su nueva cobertura comenzará el primer día del mes siguiente (1.° de febrero, en este ejemplo). Si abandona nuestro plan, puede obtener información sobre lo siguiente:

- Opciones de Medicare en la tabla de la página 196.
- Servicios de Medicaid en la página 198.

Puede obtener más información sobre cuándo puede terminar su membresía llamando a los siguientes:

- Línea de Inscripción en el Plan de Medicare y Medicaid al 1-844-602-3469, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 6:00 p. m. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.
- Programa Estatal de Asistencia sobre el Seguro Médico (SHIP), The POINT, al 1-401-462-4444. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.
- Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

NOTA: A partir del 1.° de enero de 2019, si participa en un programa de administración de medicamentos, es posible que no pueda cambiar de plan. Consulte el capítulo 5, sección G, página 108 para obtener más información sobre los programas de administración de medicamentos.

B. Cómo finalizar su membresía de nuestro plan

Si decide terminar su membresía, infórmele a Medicaid o Medicare que desea abandonar Neighborhood INTEGRITY:

- Llame a la Línea de Inscripción en el Plan de Medicare y Medicaid al 1-844-602-3469, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 6:00 p. m. Los usuarios de TTY deben llamar al 711; O
- Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY (personas sordas o con dificultades auditivas o del habla) deben llamar al 1-877-486-2048. Cuando llame al 1-800-MEDICARE, también puede inscribirse en otro plan de medicamentos o de salud de Medicare. En el cuadro de la página 197 encontrará más información sobre cómo obtener los servicios de Medicare si abandona nuestro plan.

C. Cómo obtener servicios de Medicare y Medicaid por separado

Si abandona Neighborhood INTEGRITY, volverá a obtener sus servicios de Medicare y Medicaid por separado.

C1. Formas de obtener servicios de Medicare

Tendrá la opción de elegir cómo obtener sus beneficios de Medicare.

Tiene tres opciones para obtener sus servicios de Medicare. Si elige una de estas opciones, su membresía de nuestro plan terminará automáticamente.

1. Puede cambiar a:	**A continuación, le explicamos cómo hacerlo:**
Un plan de salud de Medicare, como un plan de Medicare Advantage o un Program of All-inclusive Care for the Elderly (PACE, Programa para el Cuidado Integral de las Personas de la Tercera Edad).	Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048 para inscribirse en el nuevo plan de salud de Medicare únicamente. Si necesita ayuda u obtener más información: • Llame a The POINT al 1-401-462-4444 711. Ellos lo remitirán a un consejero del Programa Estatal de Asistencia sobre el Seguro Médico (SHIP). Usted será desafiliado automáticamente de Neighborhood INTEGRITY cuando comience la cobertura del nuevo plan.

2. Puede cambiar a: **Original Medicare con un plan separado de medicamentos con receta de Medicare**	**A continuación, le explicamos cómo hacerlo:** Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Si necesita ayuda u obtener más información: • Llame a The POINT al 1-401-462-4444; para TTY, marque 711. Ellos lo remitirán a un consejero del Programa Estatal de Asistencia sobre el Seguro Médico (SHIP). Usted será desafiliado automáticamente de Neighborhood INTEGRITY cuando comience la cobertura de Original Medicare.
3. Puede cambiar a: **Original Medicare sin un plan separado de medicamentos con receta de Medicare** **NOTA:** Si se cambia a Original Medicare y no se inscribe en un plan separado de medicamentos con receta de Medicare, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que usted le informe a Medicare que no desea inscribirse. Solo debe cancelar la cobertura de medicamentos con receta si obtiene cobertura de medicamentos de un empleador, sindicato u otra fuente. Si tiene preguntas sobre si necesita cobertura de medicamentos, llame a The POINT al 1-401-462-4444. Ellos lo remitirán a un consejero del Programa Estatal de Asistencia sobre el Seguro Médico (SHIP).	**A continuación, le explicamos cómo hacerlo:** Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Si necesita ayuda u obtener más información: • Llame a The POINT al 1-401-462-4444. Para TTY, marque 711. Ellos lo remitirán a un consejero del Programa Estatal de Asistencia sobre el Seguro Médico (SHIP). Usted será desafiliado automáticamente de Neighborhood INTEGRITY cuando comience la cobertura de Original Medicare.

C2. Cómo obtener los servicios de Medicaid

Si usted se retira del plan de Medicare y Medicaid, estará inscrito en el programa Fee For Service (FFS, Pago por Servicio) de Medicaid de Rhode Island para recibir los servicios de Medicaid.

Sus servicios de Medicaid incluyen la mayoría de los servicios y apoyo a largo plazo (LTSS) y la atención de salud conductual.

D. Siga recibiendo sus servicios médicos y medicamentos a través de nuestro plan hasta que finalice su membresía

Si abandona Neighborhood INTEGRITY, es posible que pase un tiempo antes de que su membresía termine y su nueva cobertura de Medicare y Medicaid comience. Consulte la página 196 para obtener más información. Durante este tiempo, usted seguirá recibiendo atención médica y de medicamentos a través de nuestro plan.

- **Debe usar nuestras farmacias de la red para surtir sus recetas.** Por lo general, sus medicamentos con receta están cubiertos solo si se surten en una farmacia de la red, incluso a través de nuestros servicios de farmacia de pedidos por correo.
- **Si está hospitalizado el día en que finaliza su membresía, su hospitalización generalmente estará cubierta por nuestro plan hasta que le den de alta.** Esto sucederá incluso si su nueva cobertura de salud comienza antes de que le den de alta.

E. Otras situaciones en las que su membresía finaliza

Estos son los casos en los que Neighborhood INTEGRITY debe terminar su membresía del plan:

- Si hay una interrupción en su cobertura de la Parte A y la Parte B de Medicare.
- Si ya no califica para Medicaid. Nuestro plan es para personas que califican tanto para Medicare como para Medicaid. Para averiguar si califica, llame a la Línea de Inscripción en el Plan de Medicare y Medicaid al 1-844-602-3469, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 6 p. m. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.
- Si se muda fuera de nuestra área de servicio.
- Si está fuera de nuestra área de servicio por más de seis meses.
    - Si se muda o hace un viaje largo, debe llamar a Servicios para Miembros para averiguar si el lugar al que se muda o viaja se encuentra dentro del área de servicio de nuestro plan.

- Si va a la cárcel o a la prisión por un delito penal.
- Si miente u oculta información sobre otro seguro que tenga para medicamentos con receta.
- Si no es ciudadano de los Estados Unidos o no está legalmente presente en los Estados Unidos.

Debe ser ciudadano de los Estados Unidos o estar legalmente presente en los Estados Unidos para ser miembro de nuestro plan. Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid nos notificarán si usted no es elegible para seguir siendo miembro sobre esta base. Debemos cancelar su inscripción si no cumple con este requisito.

Podemos hacer que abandone nuestro plan por los siguientes motivos solo si obtenemos primero el permiso de Medicare y Medicaid:

- Si usted se comporta continuamente de una manera que sea perturbadora y nos dificulta la tarea de proporcionarles atención médica a usted y a otros miembros de nuestro plan.
- Si permite que otra persona utilice su tarjeta de identificación de miembro para obtener atención médica.
    - Si terminamos su membresía por esta razón, Medicare puede hacer que su caso sea investigado por el inspector general.

F. Reglas que prohíben pedirle que abandone nuestro plan por cualquier razón relacionada con la salud

Si cree que se le está pidiendo que abandone nuestro plan por una razón relacionada con la salud, debe llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar las 24 horas del día, los 7 días de la semana. También debe llamar a Medicaid. La Línea de Inscripción en el Plan de Medicare y Medicaid es 1-844-602-3469 y está disponible de lunes a viernes, de 8 a. m. a 6 p. m. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.

G. Su derecho a presentar una queja si terminamos su membresía en nuestro plan

Si terminamos su membresía en nuestro plan, debemos informarle por escrito nuestras razones para terminar su membresía. También debemos explicarle cómo puede presentar un reclamo o una queja sobre nuestra decisión de terminar su membresía. También puede consultar el capítulo 9, sección 10, página 189 para obtener información sobre cómo presentar una queja.

H. Cómo obtener más información sobre cómo finalizamos su membresía del plan

Si tiene preguntas o desea obtener más información sobre cuándo podemos finalizar su membresía, puede llamar a Servicios para Miembros al 1-844-812-6896 (para TTY, marque 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. y los sábados, de 8 a. m. a 12 p. m. Si llama un sábado a la tarde, un domingo o un feriado, se le pedirá que deje un mensaje. Le devolverán la llamada al siguiente día hábil. La llamada es gratuita.

Capítulo 11: Avisos legales

Introducción

Este capítulo incluye avisos legales que se aplican a su membresía de Neighborhood INTEGRITY. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo del *Manual del miembro*.

Índice

A. Aviso sobre las leyes 209

B. Aviso sobre la no discriminación 209

C. Aviso sobre Medicare como segundo pagador 211

A. Aviso sobre las leyes

Muchas leyes se aplican a este *Manual del miembro*. Estas leyes pueden afectar sus derechos y responsabilidades, incluso si dichas leyes no están incluidas o explicadas en este manual. Las principales leyes que se aplican a este manual son las leyes federales sobre los programas de Medicare y Medicaid. También pueden aplicarse otras leyes federales y estatales.

B. Aviso sobre la no discriminación

Todas las compañías o agencias que trabajan con Medicare y Medicaid deben obedecer la ley. Usted no puede recibir un tratamiento diferente debido a su edad, antecedentes de reclamaciones, color, credo, etnia, evidencia de asegurabilidad, género, información genética, ubicación geográfica, estado de salud, antecedentes médicos, discapacidad física o mental, nacionalidad, raza, religión o sexo. Además, no puede recibir un tratamiento diferente debido a sus apelaciones de atención médica, comportamiento, identidad de género, expresión de género, capacidad mental, recepción de atención médica, orientación sexual o uso de servicios de atención médica.

Si cree que no ha recibido un trato justo por alguna de estas razones, 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. Puede visitar http://www.hhs.gov/ocr para obtener más información.

También puede llamar a la Oficina de Derechos Civiles local,

- Comisión de Derechos Humanos de Rhode Island, al 1-401-222-2661. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-401-222-2664.
- Oficial de enlace de relaciones comunitarias del Departamento de Servicios Humanos de Rhode Island al 1-401-415-8216. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-401-462-6239 o al 711.

Neighborhood Health Plan of Rhode Island cumple las leyes federales de derechos civiles vigentes y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. Neighborhood Health Plan of Rhode Island no excluye a las personas ni las trata de manera diferente por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

Neighborhood Health Plan of Rhode Island:

- Brinda asistencia y servicios gratuitos a las personas con discapacidades para que se comuniquen con nosotros de manera efectiva, por ejemplo:
    - Intérpretes calificados en lenguaje de señas norteamericano.

  - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos).

- Brinda servicios lingüísticos gratuitos a personas cuyo idioma principal no es el inglés, por ejemplo, los siguientes:
  - Intérpretes calificados.
  - Información escrita en otros idiomas.

Si necesita estos servicios, llame al Servicios para Miembros al 1-844-812-6896 (para TTY, marque 711), de lunes a viernes de 8 a. m. a 8 p. m. y los sábados de 8 a. m. a 12 p. m. Si llama un sábado a la tarde, un domingo o un feriado, se le pedirá que deje un mensaje. Le devolverán la llamada al siguiente día hábil. La llamada es gratuita.

Si considera que Neighborhood Health Plan of Rhode Island no le ha brindado estos servicios de manera satisfactoria o lo ha discriminado de alguna otra manera por motivo de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja personalmente, por teléfono, por correo postal, por fax o por correo electrónico:

Por correo postal:

Neighborhood Health Plan of Rhode Island

Attn: Grievance and Appeals Coordinator

910 Douglas Pike

Smithfield, RI 02917

Por fax: 1-401-709-7005

Por correo electrónico: GAUMailbox@nhpri.org

Por teléfono: 1-844-812-6896 (para TTY, marque 711) de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. y los sábados, de 8 a. m. a 12 p. m.

Si necesita ayuda para presentar una queja, el coordinador de Quejas y Apelaciones de Neighborhood está a su disposición para ayudarlo. También puede presentar una queja civil ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU., de manera electrónica, a través del Portal de quejas de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en el siguiente sitio: https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf, o por correo postal o teléfono, a:

1-800-368-1019 (para TDD, marque 1-800-537-7697).

U.S. Department of Health and Human Services

200 Independence Avenue SW

Room 509F, HHH Building

Washington, DC 20201

Los formularios de queja están disponibles en http://www.hhs.gov/ocr/office/file.index.html.

C. Aviso sobre Medicare como segundo pagador

A veces otra parte tiene que pagar primero por los servicios que le proporcionamos. Por ejemplo, si sufre un accidente automovilístico o si se lesiona en el trabajo, primero debe pagar el seguro o mediante la indemnización laboral.

Tenemos el derecho y la responsabilidad de cobrar por los servicios cubiertos de Medicare para los cuales Medicare no es el primer pagador.

Capítulo 12: Definiciones de palabras importantes

Introducción

Este capítulo incluye términos clave utilizados en todo el *Manual del miembro*, junto con sus definiciones. Los términos se enumeran en orden alfabético. Si no puede encontrar el término que está buscando o si necesita más información de la que incluye una definición, comuníquese con Servicios para Miembros.

Actividades de la vida diaria: Las actividades que las personas hacen en un día normal, como comer, ir al baño, vestirse, bañarse o cepillarse los dientes.

Afiliado a Medicare y Medicaid: Una persona que califica para la cobertura de Medicare y Medicaid. Un afiliado a Medicare y Medicaid también se denomina “beneficiario doblemente elegible”.

Agencia estatal de Medicaid: Consulte el término Oficina Ejecutiva de Salud y Servicios Humanos (EOHHS) de Rhode Island.

Apelación: Una forma de cuestionar nuestra acción si cree que cometimos un error. Puede solicitarnos que cambiemos una decisión sobre la cobertura mediante la presentación de una apelación. En el capítulo 9, sección 4, página 143 se explican las apelaciones, incluido cómo presentar una apelación.

Área de servicio: Un área geográfica en la que un plan de salud acepta miembros si limita la membresía sobre la base del lugar donde viven las personas. Para los planes que limitan los proveedores y hospitales que usted puede usar, también es generalmente el área donde puede obtener servicios de rutina (que no sean de emergencia). El área de servicio de Neighborhood INTEGRITY es el estado de Rhode Island. Solo las personas que viven en nuestra área de servicio pueden obtener cobertura de Neighborhood INTEGRITY. Si se muda fuera del estado de Rhode Island, no puede permanecer en este plan.

Asistente de salud en el hogar: Una persona que proporciona servicios que no necesitan las habilidades de un enfermero o terapeuta licenciado, como ayuda con el cuidado personal (por ej., bañarse, usar el baño, vestirse o realizar los ejercicios prescritos). Los asistentes de salud en el hogar no tienen licencia de enfermería ni ofrecen terapia.

Atención de emergencia: Servicios cubiertos que son brindados por un proveedor capacitado para ofrecer servicios de emergencia y necesarios para tratar una emergencia médica.

Atención del centro de enfermería especializada (SNF): Atención de enfermería especializada y servicios de rehabilitación proporcionados en forma continua y diaria en un centro de enfermería especializada. Los ejemplos de atención del centro de enfermería especializada incluyen

terapia física o inyecciones intravenosas que una enfermera registrada o un médico pueden suministrar.

Atención urgente: Atención que recibe por una enfermedad, lesión o afección repentinas que no son una emergencia, pero que necesita atención de inmediato. Puede obtener atención urgente de proveedores fuera de la red cuando los proveedores de la red no estén disponibles o usted no pueda llegar a ellos.

Audiencia imparcial: Una oportunidad para que presente su problema en el tribunal o en la Oficina de Audiencia Estatal Imparcial y demuestre que una decisión que tomamos es incorrecta.

Autorización previa: Una aprobación de Neighborhood INTEGRITY que usted debe obtener antes de recibir un servicio o medicamento específico o consultar a un proveedor fuera de la red. Es posible que Neighborhood INTEGRITY no cubra el servicio o medicamento si no consigue la autorización.

Algunos servicios médicos de la red están cubiertos solo si su médico u otro proveedor de la red obtiene autorización previa de nuestro plan.

- Los servicios cubiertos que necesitan autorización previa están marcados en la Tabla de beneficios en el capítulo 4, sección D, página 50.

Algunos medicamentos están cubiertos solo si usted obtiene autorización previa de nosotros.

- Los medicamentos cubiertos que necesitan autorización previa están marcados en la Lista de medicamentos cubiertos.

Ayuda Adicional: Un programa de Medicare que ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a reducir los costos de los medicamentos con receta de la Parte D de Medicare, como primas, deducibles y copagos. El programa Ayuda Adicional también se denomina “Subsidio por Bajos Ingresos” o “LIS”.

Ayuda pendiente de pago: Usted puede continuar recibiendo sus beneficios mientras espera una decisión sobre una apelación o una audiencia imparcial. Esta cobertura continua se denomina “ayuda pendiente de pago”.

Cancelación de la inscripción: El proceso de finalizar su membresía de nuestro plan. La cancelación de la inscripción puede ser voluntaria (su propia elección) o involuntaria (no por su propia elección).

Capacitación en competencia cultural: Capacitación a través de la que se proporciona formación adicional para nuestros proveedores de atención médica que los ayuda a comprender mejor sus orígenes, valores y creencias para adaptar los servicios a sus necesidades sociales, culturales y lingüísticas.

Centro de cirugía ambulatoria: Un centro que proporciona cirugía ambulatoria a pacientes que no necesitan atención hospitalaria y se prevé que no necesitarán más de 24 horas de atención.

Centro de enfermería especializada (SNF): Un centro de enfermería con el personal y el equipo necesarios para brindar atención de enfermería especializada y, en la mayoría de los casos, servicios de rehabilitación especializados y otros servicios de salud relacionados.

Centro integral de rehabilitación para pacientes ambulatorios (CORF): Un centro que proporciona, principalmente, servicios de rehabilitación después de una enfermedad, un accidente o una operación importante. Proporciona una variedad de servicios, incluidos fisioterapia, servicios sociales o psicológicos, terapia respiratoria, terapia ocupacional, terapia del habla y servicios de evaluación del entorno del hogar.

Centro o residencia para personas mayores: Un lugar que proporciona atención a las personas que no pueden recibir atención en el hogar pero que no necesitan estar en el hospital.

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS): La agencia federal a cargo de Medicare. En el capítulo 2, sección G, página 23 se explica cómo comunicarse con los CMS.

Cuidado paliativo: Un programa de atención y apoyo para ayudar a las personas con un diagnóstico terminal a vivir cómodamente. Un diagnóstico terminal significa que una persona tiene una enfermedad terminal y se prevé que tendrá seis meses o menos de vida.

- Un afiliado con un diagnóstico terminal tiene derecho a elegir recibir cuidado paliativo.
- Un equipo de profesionales y cuidadores especialmente capacitados atiende a la persona en su totalidad, incluidas sus necesidades físicas, emocionales, sociales y espirituales.
- Neighborhood INTEGRITY debe proporcionarle una lista de proveedores de cuidados paliativos en su área geográfica.

Decisión sobre la cobertura: Una decisión sobre los beneficios que cubrimos. Esto incluye decisiones sobre medicamentos y servicios cubiertos o el importe que pagaremos por sus servicios de salud. En el capítulo 9, sección 5.2, página 148 se explica cómo solicitarnos una decisión sobre la cobertura.

Defensor: Una oficina en su estado que funciona como defensor en su nombre. Ellos pueden responder preguntas si usted tiene un problema o queja y pueden ayudarlo a entender qué hacer. Los servicios del defensor son gratuitos. Puede encontrar más información sobre el defensor en los capítulos 2 y 9 de este manual.

Determinación de la organización: El plan ha tomado una determinación de la organización cuando este, o uno de sus proveedores, toma una decisión sobre si los servicios están cubiertos o cuánto tiene que pagar por los servicios cubiertos. Las determinaciones de la organización se denominan “decisiones sobre la cobertura” en este manual. En el capítulo 9, sección 4, página 143 se explica cómo solicitarnos una decisión sobre la cobertura.

Emergencia: Una emergencia médica es cuando usted, o cualquier otra persona con un conocimiento promedio de salud y medicina, cree que tiene síntomas médicos que necesitan atención médica inmediata para prevenir la muerte, la pérdida de una parte del cuerpo o la pérdida de la función de una parte del cuerpo. Los síntomas médicos pueden ser una lesión grave o dolor intenso.

Equipo de atención: Un equipo de atención puede incluir médicos, enfermeros, consejeros u otros profesionales de la salud que lo ayudan a obtener la atención que necesita. Su equipo de atención también lo ayudará a elaborar un plan de atención.

Equipo médico duradero (DME): Ciertos artículos que su médico le indica que use en su propio hogar. Algunos ejemplos de estos artículos son sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para la diabetes, camas de hospital indicadas por un proveedor para su uso en el hogar, bombas de infusión intravenosa, dispositivos generadores de voz, equipos y suministros de oxígeno, nebulizadores y andadores.

Especialista: Un proveedor que brinda atención médica para una enfermedad o una parte del cuerpo en particular.

Evaluación: Una revisión de la historia clínica de un paciente y su estado actual. Se utiliza para determinar la salud del paciente y cómo podría cambiar en el futuro.

Excepción: Permiso para obtener cobertura para un medicamento que normalmente no está cubierto o para usar el medicamento sin ciertas normas y limitaciones.

Facturación inadecuada/inapropiada: Una situación en la que un proveedor (como un médico u hospital) le cobra más del importe del costo compartido que paga el plan por los servicios. Esto también se puede denominar “saldo de facturación”. Muestre su tarjeta de identificación de miembro de Neighborhood INTEGRITY cuando recibe servicios o medicamentos. Llame a Servicios para Miembros si recibe facturas que no comprende. Debido a que **Neighborhood INTEGRITY** paga el costo total de sus servicios, usted no adeuda ningún costo compartido. Los proveedores no deberían facturarle nada por estos servicios.

Farmacia de la red: Una farmacia (droguería) que ha acordado surtir recetas para los miembros de nuestro plan. Las llamamos “farmacias de la red” porque han aceptado trabajar con nuestro plan. En la mayoría de los casos, sus recetas están cubiertas solo si se surten en una de las farmacias de nuestra red.

Farmacia fuera de la red: Una farmacia que no ha aceptado trabajar con nuestro plan para coordinar o proporcionar medicamentos cubiertos a los miembros de nuestro plan. La mayoría de los medicamentos que usted obtiene en farmacias fuera de la red no están cubiertos por nuestro plan, a menos que se apliquen ciertas condiciones.

Formulario: Consulte el término “Lista de medicamentos cubiertos”.

Gestor de casos: Una persona principal que trabaja con usted, con el plan de salud y con sus proveedores de atención médica para garantizar que usted reciba la atención que necesita.

Información de salud personal (también conocida como Información de salud protegida o PHI): Información sobre usted y su salud, como su nombre, dirección, número de seguro social, visitas al médico y antecedentes médicos. Consulte el Aviso de prácticas de privacidad de Neighborhood INTEGRITY para obtener más información sobre cómo Neighborhood INTEGRITY protege, usa y divulga su PHI, así como sus derechos con respecto a su PHI.

Límites de cantidad: Un límite de la cantidad de un medicamento que puede obtener. Los límites pueden aplicarse a la cantidad del medicamento que cubrimos por receta.

Lista de medicamentos cubiertos (Lista de medicamentos): Una lista de medicamentos con receta cubiertos por el plan. El plan elige los medicamentos de esta lista con la ayuda de médicos y farmacéuticos. En la Lista de medicamentos, se describen las reglas que necesita seguir para obtener sus medicamentos. La Lista de medicamentos a veces se denomina “formulario”.

***Manual del miembro* e información de divulgación:** Este documento, junto con su formulario de inscripción y cualquier otro anexo o cláusula adicional que explique su cobertura, lo que debemos hacer, sus derechos y lo que debe hacer como miembro de nuestro plan.

Medicaid (o asistencia médica): Un programa administrado por el gobierno federal y el estado que ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar los servicios y el apoyo a largo plazo (LTSS), y los costos médicos.

- Cubre los servicios y medicamentos adicionales que no cubre Medicare.
- Los programas de Medicaid varían según el estado, pero la mayoría de los costos de atención médica están cubiertos si usted califica tanto para Medicare como para Medicaid.
- Consulte el capítulo 2, sección H, página 24 para obtener información sobre cómo comunicarse con Medicaid en su estado.

Médicamente necesario: Esto describe los servicios, suministros o medicamentos que usted necesita para prevenir, diagnosticar o tratar una afección médica o para mantener su estado de salud actual. Esto incluye la atención que evita una hospitalización o el ingreso en una residencia para personas mayores. También significa que los servicios, suministros o medicamentos cumplen con los estándares aceptados de la práctica médica.

Medicamento de marca: Un medicamento con receta que es fabricado y vendido por la compañía que originalmente hizo el medicamento. Los medicamentos de marca tienen los mismos ingredientes activos que las versiones genéricas de dichos medicamentos. Los medicamentos genéricos son fabricados y vendidos por otras compañías farmacéuticas.

Medicamento genérico: Un medicamento con receta que está aprobado por el gobierno federal para usar en lugar de un medicamento de marca. Un medicamento genérico tiene los mismos ingredientes activos que un medicamento de marca. Por lo general es más barato y tiene el mismo efecto que el medicamento de marca.

Medicamentos cubiertos: El término que usamos para referirnos a todos los medicamentos con receta cubiertos por nuestro plan.

Medicamentos de la Parte D de Medicare: Medicamentos que pueden estar cubiertos por la Parte D de Medicare. El Congreso específicamente excluyó ciertas categorías de medicamentos de la cobertura como medicamentos de la Parte D. Medicaid puede cubrir algunos de estos medicamentos.

Medicamentos de la Parte D: Consulte el término “Medicamentos de la Parte D de Medicare”.

Medicamentos de venta libre (OTC): Los medicamentos de venta libre se refieren a cualquier medicamento o medicina que una persona puede comprar sin receta de un profesional de la salud.

Medicare: El programa federal de seguro de salud para las personas de 65 años o más, algunas personas menores de 65 años con ciertas discapacidades y personas con enfermedad renal terminal (generalmente aquellos con insuficiencia renal permanente que necesitan diálisis o un trasplante de riñón). Las personas con Medicare pueden obtener su cobertura de salud de Medicare a través de Original Medicare o de un plan de atención administrada (consulte el término “Plan de salud”).

Miembro (Miembro de nuestro plan o Miembro del plan): Una persona con Medicare y Medicaid que califica para obtener servicios cubiertos, que se ha inscrito en nuestro plan y cuya inscripción ha sido confirmada por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) y el estado.

Niveles de medicamentos: Grupos de medicamentos que figuran en la Lista de medicamentos. Los medicamentos genéricos, de marca o de venta libre (OTC) son ejemplos de niveles de medicamentos. Cada medicamento que figura en la *Lista de medicamentos cubiertos* está en uno de los 3 niveles.

Oficina Ejecutiva de Salud y Servicios Humanos (EOHHS) de Rhode Island: La agencia estatal responsable de administrar el programa de Medicaid en Rhode Island. En el capítulo 2, sección H, página 24 se explica cómo comunicarse con la EOHHS.

Organización para la Mejora de la Calidad (QIO): Un grupo de médicos y otros profesionales de la salud que ayudan a mejorar la calidad de la atención para las personas con Medicare. Están contratados por el gobierno federal para verificar y mejorar la atención que se brinda a los pacientes. Consulte el capítulo 2, sección F, página 22 para obtener información sobre cómo comunicarse con la QIO de su estado.

Original Medicare (Medicare tradicional o pago por servicio de Medicare): Original Medicare es ofrecido por el gobierno. En Original Medicare, los servicios de Medicare están cubiertos mediante el pago a los médicos, hospitales y otros proveedores de atención médica de los importes establecidos por el Congreso.

- Usted puede consultar a cualquier médico, hospital u otro proveedor de atención médica que acepte Medicare. Original Medicare tiene dos partes: Parte A (seguro de hospitalización) y Parte B (seguro médico).
- Original Medicare está disponible en todas partes de los Estados Unidos.
- Si no desea participar en nuestro plan, puede elegir Original Medicare.

Paciente hospitalizado: Un término usado en caso de que haya sido admitido formalmente en el hospital para recibir servicios médicos especializados. Si no fue admitido formalmente, es posible que se lo considere un paciente ambulatorio en lugar de un paciente hospitalizado, incluso si pasa la noche en el hospital.

Pago por Servicio (FFS) de Medicaid de Rhode Island: Consulte el término “Medicaid”.

Parte A de Medicare: El programa de Medicare que cubre la mayoría de los hospitales, centros de enfermería especializada, servicios de salud en el hogar y cuidados paliativos médicamente necesarios.

Parte A: Consulte el término “Parte A de Medicare”.

Parte B de Medicare: El programa de Medicare que cubre servicios (como análisis de laboratorio, cirugías y visitas a los proveedores) y suministros (como sillas de ruedas y andadores) que son médicamente necesarios para tratar una enfermedad o afección. La Parte B de Medicare también cubre muchos servicios preventivos y de detección.

Parte B: Consulte el término “Parte B de Medicare”.

Parte C de Medicare: El programa de Medicare que permite a las compañías de seguros de salud privadas proporcionar beneficios de Medicare a través de un plan de Medicare Advantage.

Parte C: Consulte el término “Parte C de Medicare”.

Parte D de Medicare: El programa de beneficios de medicamentos con receta de Medicare. (Denominamos a este programa “Parte D” para abreviar). La Parte D cubre los medicamentos con receta, las vacunas y algunos suministros para pacientes ambulatorios que no están cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare o Medicaid. Neighborhood INTEGRITY incluye la Parte D de Medicare.

Parte D: Consulte el término “Parte D de Medicare”.

Plan de atención: Un plan para los servicios de salud que usted recibirá y cómo los recibirá.

Plan de Medicare Advantage: Un programa de Medicare, también conocido como “Parte C de Medicare” o “Planes de MA”, que ofrece planes a través de compañías privadas. Medicare paga a estas compañías para que cubran sus beneficios de Medicare.

Plan de salud: Una organización formada por médicos, hospitales, farmacias, proveedores de servicios a largo plazo y otros proveedores. También cuenta con gestores de casos para ayudarlo a gestionar todos sus proveedores y servicios. Todos ellos trabajan juntos para proporcionarle la atención que necesita.

Prótesis y órtesis: Estos son dispositivos médicos indicados por su médico u otro proveedor de atención médica. Los artículos cubiertos incluyen, entre otros, aparatos ortopédicos para brazos, espalda y cuello; extremidades artificiales; ojos artificiales; y dispositivos necesarios para reemplazar una parte interna o función del cuerpo, incluidos los suministros de ostomía y terapia de nutrición enteral y parenteral.

Proveedor de atención primaria (PCP): Su proveedor de atención primaria es el médico u otro proveedor al que usted acude primero para la mayoría de los problemas de salud.

- Este se asegura de que usted reciba la atención que necesita para mantenerse saludable. Este también puede hablar con otros médicos y proveedores de atención médica sobre su atención y derivarlo a ellos.
- En muchos planes de salud de Medicare, usted debe consultar a su proveedor de atención primaria antes de consultar a cualquier otro proveedor de atención médica.
- Consulte el capítulo 3, sección D, página 34 para obtener información sobre cómo obtener atención de proveedores de atención primaria.

Proveedor de la red: “Proveedor” es el término general que usamos para los médicos, enfermeros y otras personas que le brindan servicios y atención. El término también incluye hospitales, agencias de servicios de salud en el hogar, clínicas y otros establecimientos que brindan servicios de atención médica, equipos médicos y servicios y apoyo a largo plazo.

- Están autorizados o certificados por Medicare y por el estado para proporcionar servicios de atención médica.
- Los llamamos “proveedores de la red” cuando están de acuerdo en trabajar con el plan de salud y aceptar nuestro pago y no cobrarles un importe adicional a nuestros miembros.
- Mientras sea miembro de nuestro plan, debe usar los proveedores de la red para obtener los servicios cubiertos. Los proveedores de la red también se llaman “proveedores del plan”.

Proveedor fuera de la red o centro fuera de la red: Un proveedor o centro que no sea empleado o propietario de nuestro plan o no esté operado por nuestro plan y no tiene un contrato para proporcionar servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. En el capítulo 3, sección D4, página 37 se explican los proveedores o centros fuera de la red.

Queja: Una declaración escrita u oral en la que indica que usted tiene un problema o inquietud acerca de sus servicios o atención cubiertos. Esto incluye cualquier inquietud sobre la calidad de su atención, nuestros proveedores de la red o nuestras farmacias de la red. El nombre formal para "presentar una queja" es "presentar un reclamo".

Reclamo: Una queja que presenta acerca de nosotros o de uno de nuestros proveedores o farmacias de la red. Esto incluye una queja sobre la calidad de la atención que recibe.

Saldo de facturación: Una situación en la que un proveedor (como un médico u hospital) le cobra a una persona más del importe del costo compartido que paga el plan por los servicios. No permitimos que los proveedores le "facturen el saldo". Debido a que Neighborhood INTEGRITY paga el costo total de sus servicios, no debe recibir ninguna factura de los proveedores. La única excepción a esto es si usted está recibiendo servicios y apoyo a largo plazo (LTSS) y Medicaid de Rhode Island determina que usted tiene que pagar una parte del costo de estos servicios. Llame a Servicios para Miembros si recibe facturas que no comprende.

Seguridad de ingreso suplementario (SSI): Un beneficio mensual pagado por el Seguro Social a personas con ingresos y recursos limitados que están incapacitadas o ciegas, o tienen 65 años o más. Los beneficios de SSI no son los mismos que los del Seguro Social.

Servicios cubiertos por Medicare: Servicios cubiertos por las Partes A y B de Medicare. Todos los planes de salud de Medicare, incluido nuestro plan, deben cubrir todos los servicios que están cubiertos por las Partes A y B de Medicare.

Servicios cubiertos: El término general que usamos para referirnos a toda la atención médica, los servicios y apoyo a largo plazo (LTSS), los suministros, los medicamentos con receta y de venta libre, los equipos y otros servicios cubiertos por nuestro plan.

Servicios de rehabilitación: Tratamiento que recibe para recuperarse de una enfermedad, accidente u operación importante. Consulte el capítulo 4 en la página 86 para obtener más información sobre los servicios de rehabilitación.

Servicios para Miembros: Un departamento dentro de nuestro plan responsable de responder sus preguntas sobre su membresía, beneficios, quejas y apelaciones. Consulte el capítulo 2, sección A, página 15 para obtener información sobre cómo comunicarse con Servicios para Miembros.

Servicios y apoyo a largo plazo (LTSS): Los servicios y el apoyo a largo plazo son servicios que ayudan a mejorar una afección médica a largo plazo. La mayoría de estos servicios

lo ayudan a permanecer en su hogar para que no tenga que ir a una residencia para personas mayores o a un hospital.

Subsidio por Bajos Ingresos (LIS): Consulte el término “Ayuda Adicional”.

Tratamiento escalonado: Una regla de cobertura que requiere que primero pruebe otro medicamento antes de que cubramos el medicamento que está solicitando.

Servicios para Miembros de Neighborhood INTEGRITY

TELÉFONO	1-844-812-6896 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes, y de 8:00 a. m. a 12:00 p. m., los sábados. Si llama un sábado por la tarde, un domingo o un feriado, se le pedirá que deje un mensaje. Le devolverán la llamada al siguiente día hábil. Servicios para Miembros también ofrece servicios gratuitos de interpretación de idiomas, disponibles para personas que no hablan inglés.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes, y de 8:00 a. m. a 12:00 p. m., los sábados. Si llama un sábado por la tarde, un domingo o un feriado, se le pedirá que deje un mensaje. Le devolverán la llamada al siguiente día hábil.
DIRECCIÓN POSTAL	Neighborhood Health Plan of Rhode Island 910 Douglas Pike Smithfield, RI 02917
SITIO WEB	www.nhpri.org/INTEGRITY