



Neighborhood **INTEGRITY** (plan de Medicare-Medicaid) 2020 **Manual para miembros**

H9576_MSEOC2020v2

Approved 8/22/19

Manual del Miembro de Neighborhood INTEGRITY

1 de enero de 2020 – 31 de diciembre de 2020

Su cobertura de salud y medicamentos a través del plan Neighborhood INTEGRITY de Medicare-Medicaid

Introducción al manual del miembro

Este manual incluye información sobre su cobertura a través de Neighborhood INTEGRITY hasta el 31 de diciembre de 2020. Explica los servicios de atención de la salud, cobertura de salud del comportamiento, cobertura de medicamentos de receta, y servicios y respaldos a largo plazo. Los servicios y respaldos a largo plazo le ayudan a permanecer en su hogar para que no tenga que ir a un hogar para personas de la tercera edad u hospital. Las palabras importantes y sus definiciones se encuentran en orden alfabético en el último capítulo del *Manual del miembro*.

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

Este plan Neighborhood INTEGRITY se ofrece a través de Neighborhood Health Plan of Rhode Island. En este *Manual del Miembro*, los términos “nosotros” o “nuestro” se refieren a Neighborhood Health Plan of Rhode Island. Los términos “el plan” o “nuestro plan” se refieren a Neighborhood INTEGRITY. Neighborhood Health Plan of Rhode Island es un plan de salud que tiene contratos con Medicare y Rhode Island Medicaid para ofrecer beneficios de ambos programas a los miembros de Neighborhood INTEGRITY.

ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call Member Services 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 usted habla español, servicios de asistencia con el idioma, de forma gratuita, están disponibles para usted. Llame a Servicios a los Miembros al 1-844-812-6896 (TTY 711), de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes, de 8 a.m. a 12 p.m. los sábados. En las tardes de los sábados, domingos y feriados, se le pedirá que deje un mensaje. Su llamada se le devolverá dentro del siguiente día hábil. La llamada es gratuita.

Si tiene preguntas, llame a Neighborhood INTEGRITY al 1-844-812-6896 o al 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m.; y los sábados de 8 a. m. a 12 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.



ATENÇÃO: Se você fala português, o idioma, os serviços de assistência gratuita, estão disponíveis para você. Os serviços de chamada em 1-844-812-6896 TTY (711), 8 am a 8 pm, de segunda a sexta-feira; 8:12 pm no sábado. Nas tardes de sábado, domingos e feriados, você pode ser convidado a deixar uma mensagem. A sua chamada será devolvido no próximo dia útil. A ligação é gratuita.

Puede obtener este documento gratis en otros formatos, por ejemplo, letras grandes, Braille o audio. Comuníquese con el Servicio para Miembros llamando al 1-844-812-6896, de lunes a viernes de 8 a. m. a 8 p. m. y los sábados de 8 a. m. a 12 p. m. Los usuarios de TTY deben llamar al 711. La llamada es gratuita.

Puede solicitar este documento y los materiales que se publiquen en el futuro en su idioma de preferencia y/o en un formato alternativo, comunicándose con el Servicio de atención a los miembros. Esto se denomina “solicitud vigente”. El Servicio de atención a los miembros registrará su solicitud vigente en el expediente de miembro para que pueda recibir materiales ahora y en el futuro en su idioma y/o formato de preferencia. Puede modificar o cancelar su solicitud vigente en cualquier momento comunicándose con el Servicio de atención a los miembros.



Si tiene preguntas, llame a Neighborhood INTEGRITY al 1-844-812-6896 o al 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m.; y los sábados de 8 a. m. a 12 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

Manual del Miembro de Neighborhood INTEGRITY

Índice

Capítulo 1: Cómo comenzar como miembro.....	5
Capítulo 2: Números de teléfono y recursos importantes.....	14
Capítulo 3: Cómo usar la cobertura del plan para su cuidado de salud y otros servicios cubiertos	30
Capítulo 4: Tabla de beneficios	49
Capítulo 5: Recibir sus medicamentos de receta como paciente ambulatorio a través del plan.....	93
Capítulo 6: Lo que usted paga por sus medicamentos de receta de Medicare y Medicaid	114
Capítulo 7: Cómo pedirnos que paguemos una factura que usted haya recibido por servicios o medicamentos cubiertos	121
Capítulo 8: Sus derechos y responsabilidades	127
Capítulo 9: Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones sobre cobertura, apelaciones, quejas)	140
Capítulo 10: Cómo terminar su participación en nuestro Plan de Medicare-Medicaid.....	202
Capítulo 11: Avisos legales	209
Capítulo 12: Definiciones de palabras importantes	214



Si tiene preguntas, llame a Neighborhood INTEGRITY al 1-844-812-6896 o al 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m.; y los sábados de 8 a. m. a 12 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

Renuncias de garantías

- ❖ Neighborhood INTEGRITY es una cobertura de salud que califica como “cobertura mínima esencial”. Esta cobertura cumple con el requisito de responsabilidad individual compartida de la Ley de protección al paciente y cuidado de salud de bajo costo (ACA). Visite el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (Internal Revenue Service, IRS) en www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families para obtener más información sobre el requisito de responsabilidad individual compartida.
- ❖ Si recibe servicios y respaldos a largo plazo o es elegible para ellos, es posible que deba pagar parte del costo de estos servicios. Esta cantidad la determina Medicaid de Rhode Island.
- ❖ Neighborhood Health Plan of Rhode Island es un plan de salud que contrata con Medicare y Rhode Island Medicaid para ofrecer beneficios de ambos programas a los inscritos.
- ❖ Los proveedores que se encuentran fuera de la red o no están contratados no tienen la obligación de tratar a los miembros de Neighborhood INTEGRITY, salvo en casos de emergencia. Llame a nuestro número de atención al cliente o consulte el Manual del Miembro para obtener más información, incluidos los costos compartidos que se aplican a los servicios fuera de la red.



Si tiene preguntas, llame a Neighborhood INTEGRITY al 1-844-812-6896 o al 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m.; y los sábados de 8 a. m. a 12 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

Capítulo 1: Cómo comenzar como miembro

Introducción

Este capítulo incluye información sobre Neighborhood INTEGRITY, un plan de salud que cubre todos sus servicios de Medicare y Rhode Island Medicaid, y su membresía en este. También le dice qué esperar y qué otra información obtendrá de Neighborhood INTEGRITY. Las palabras importantes y sus definiciones se encuentran 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	8
E. Qué lo hace elegible para ser un miembro del plan	8
F. Qué esperar al inscribirse por primera vez en un plan de salud	8
G. Su plan de cuidados de salud.....	9
H. Prima mensual del plan Neighborhood INTEGRITY	9
I. El <i>Manual del Miembro</i>	9
J. Otra información que obtendrá de nosotros	9
J1. Su tarjeta de identificación como miembro de Neighborhood INTEGRITY.	9
J2. <i>Directorio de Proveedores y Farmacias</i>	10
J3. <i>Lista de medicamentos cubiertos</i>	12
J4. <i>La Explicación de Beneficios</i>	12
K. Cómo mantener actualizado su expediente	13
K1. Privacidad de la información personal de salud (PHI)	13

Si tiene preguntas, llame a Neighborhood INTEGRITY al 1-844-812-6896 o al 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m.; y los sábados de 8 a. m. a 12 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.



A. Bienvenido a Neighborhood INTEGRITY

Neighborhood INTEGRITY es un plan de Medicare-Medicaid. Un plan de Medicare-Medicaid es una organización compuesta por médicos, hospitales, farmacias, proveedores de servicios y respaldos a largo plazo y por otros proveedores. También tiene administradores de cuidado de salud y un equipo de cuidado de salud que lo ayudan a coordinar todos sus proveedores y servicios. Todos ellos trabajan juntos para darle la atención que usted necesite.

Neighborhood INTEGRITY fue aprobado por el estado de Rhode Island y por los Centros para Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services - CMS) para ofrecerle servicios como parte de Integrated Care Initiative.

Integrated Care Initiative es un programa piloto administrado conjuntamente por el estado de Rhode Island y el gobierno federal para ofrecer mejor cuidado de salud a quienes tienen tanto Medicare como Medicaid. Con este programa piloto, el estado y el gobierno federal desean ensayar nuevas maneras de mejorar la forma en que usted recibe servicios de cuidado de salud de Medicare y Medicaid.

B. Información sobre Medicare y Medicaid

B1. Medicare

Medicare es el programa federal de seguro de salud para:

- personas de 65 años de edad o mayores,
- algunas personas menores de 65 años con ciertas discapacidades, y
- personas con enfermedad renal en etapa terminal (insuficiencia renal).

B2. Medicaid

Medicaid es un programa administrado por el gobierno federal y por el estado, para ayudar a personas con ingresos y recursos limitados a pagar por servicios y respaldos a largo plazo, y gastos médicos. Cubre otros servicios y medicamentos que no están cubiertos por Medicare. En Rhode Island, Medicaid se llama Medicaid de Rhode Island.

Cada estado decide:

- qué cuenta como ingresos y recursos,
- quién califica,
- qué servicios están cubiertos y

Si tiene preguntas, llame a Neighborhood INTEGRITY al 1-844-812-6896 o al 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m.; y los sábados de 8 a. m. a 12 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.



- el costo de los servicios.

Los estados pueden decidir cómo administrar sus propios programas siempre y cuando cumplan las reglas federales.

Medicare y Rhode Island deben aprobar Neighborhood INTEGRITY todos los años. Usted puede obtener los servicios de Medicare y Rhode Island Medicaid por medio de nuestro plan, siempre y cuando:

- nosotros decidamos ofrecer el plan, y
- Medicare y el estado de Rhode Island aprueben el plan.

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

C. Ventajas de este plan

Usted recibirá todos los servicios cubiertos por Medicare y Rhode Island Medicaid a través de Neighborhood INTEGRITY. Esto incluye medicamentos recetados. **Usted no tiene que hacer ningún pago adicional para inscribirse en este plan de seguro de salud.**

Neighborhood INTEGRITY ayudará a que sus beneficios de Medicare y Rhode Island Medicaid funcionen mejor juntos y funcionen mejor para usted. Algunas de las ventajas son:

- Podrá trabajar con **un** plan de salud para **todas** sus necesidades de seguro médico.
- Usted tendrá un equipo de cuidado de salud creado con su ayuda. Su equipo de cuidado de salud podría incluir médicos, enfermeras, consejeros u otros profesionales de la salud, que le ayudarán a obtener el cuidado que necesita.
- Usted puede tener administrador de atención de salud. Es la persona que trabaja con usted, con Neighborhood INTEGRITY, y con sus proveedores de salud con el fin de que usted reciba el cuidado de salud que necesita.
- Usted podrá controlar su atención de salud con la ayuda de su equipo de cuidado de salud y el administrador de atención de salud.
- El equipo de cuidado de salud y el administrador de atención de salud trabajarán con usted para preparar un plan de cuidados personales, diseñado específicamente para satisfacer sus necesidades de salud. El equipo de cuidado de salud estará a cargo de coordinar los servicios que usted necesita. Por ejemplo:
 - Su equipo de cuidado de salud se asegurará de informar a sus proveedores sobre todos los medicamentos que usted toma para reducir los posibles efectos secundarios.
 - Su equipo de cuidado de salud se asegurará de que los resultados de sus pruebas sean enviados a sus médicos y demás proveedores.

Si tiene preguntas, llame a Neighborhood INTEGRITY al 1-844-812-6896 o al 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m.; y los sábados de 8 a. m. a 12 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.



D. Área de servicio de Neighborhood INTEGRITY

Nuestra área de servicios es el estado de Rhode Island.

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

Si usted se muda fuera de Rhode Island, no podrá continuar en este plan. Lea el Capítulo 8, Sección J para obtener más información sobre los efectos de mudarse fuera de nuestra área de servicio.

E. Qué lo hace elegible para ser un miembro del plan

Usted es elegible para ser un miembro de nuestro plan si usted:

- vive en nuestra área de servicio, **y**
- tiene Medicare Parte A y Medicare Parte B y es elegible para la Parte D, **y**
- es ciudadano de Estados Unidos o está presente legalmente en los Estados Unidos, **y**
- es elegible para Rhode Island Medicaid.

F. Qué esperar al inscribirse por primera vez en un plan de salud

Al inscribirse por primera vez en el plan, usted recibirá una evaluación dentro de los primeros 180 días.

Alguien de nuestro equipo de administración de cuidados de salud se comunicará con usted por teléfono para realizar la evaluación con usted. Según sus necesidades, es posible que se le realice una evaluación más integral en un plazo de 45 días tras la entrada en vigor de su inscripción. Durante la evaluación integral se analizarán en profundidad sus necesidades, capacidades y servicios que pudiese necesitar.

Si Neighborhood INTEGRITY es nuevo para usted, puede seguir acudiendo a los proveedores que lo atienden ahora durante 180 días.

Después de 180 días, usted deberá ver a médicos y a otros proveedores de la red Neighborhood INTEGRITY. Un proveedor de la red es un proveedor que trabaja con el plan de salud. Consulte el Capítulo 3, Sección D, para encontrar más información sobre cómo obtener cuidados de salud.



Si tiene preguntas, llame a Neighborhood INTEGRITY al 1-844-812-6896 o al 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m.; y los sábados de 8 a. m. a 12 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

G. Su plan de cuidados de salud

Su plan de cuidado de salud es un plan de los servicios de salud que usted recibirá y cómo los recibirá.

Después de su evaluación, su equipo de cuidado de salud se reunirá con usted para hablar sobre los servicios de salud que necesita y quiere. Juntos, usted y su equipo de cuidado de salud prepararán su plan de cuidado.

Todos los años, su equipo de cuidado de salud trabajará con usted para actualizar su plan de cuidados, en caso de que cambien los servicios de salud que usted necesita y quiere.

H. Prima mensual del plan 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 seguir todas las reglas de este documento. Si cree que hemos hecho algo que vaya en contra de estas reglas, usted podrá apelar o cuestionar nuestras decisiones. Para obtener información sobre cómo apelar, consulte el Capítulo 9, Sección 4, o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633- 4227).

Puede solicitar un *Manual del Miembro* llamando al Servicio para Miembros al 1-844-812-6896, de lunes a viernes de 8 a. m. a 8 p. m. y los sábados de 8 a. m. a 12 p. m. También puede consultar el *Manual del Miembro* en www.nhpri.org/INTEGRITY o descargarlo del sitio web.

El contrato estará vigente durante los meses en que usted esté inscrito en Neighborhood INTEGRITY.

J. Otra información que obtendrá de nosotros

Usted ya debe haber recibido una tarjeta que lo identifica como miembro de Neighborhood INTEGRITY, información sobre cómo acceder a un *Directorio de Proveedores y Farmacias*, una Lista de Equipo Médico Duradero e información sobre cómo acceder a una *Lista de Medicamentos Cubiertos*.

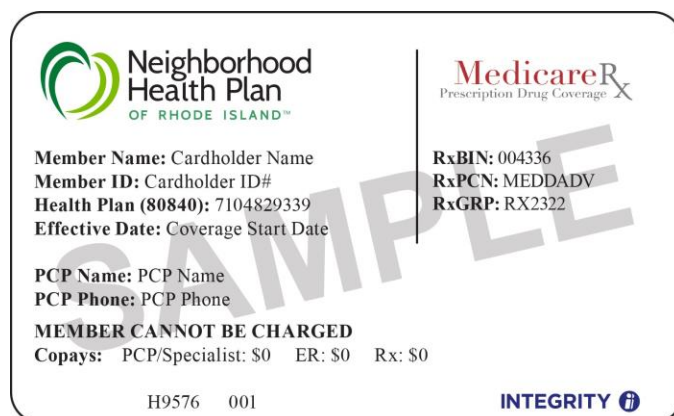
J1. Su tarjeta de identificación como miembro de Neighborhood INTEGRITY.

Con nuestro plan, usted solo tendrá una tarjeta para sus servicios de Medicare y Rhode Island Medicaid, incluidos los servicios y respaldos a largo plazo y los medicamentos recetados. Debe



Si tiene preguntas, llame a Neighborhood INTEGRITY al 1-844-812-6896 o al 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m.; y los sábados de 8 a. m. a 12 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

mostrar esta tarjeta cuando reciba servicios o medicamentos. La siguiente tarjeta es una muestra de cómo se verá la suya:



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

Mientras usted sea miembro de nuestro plan, no tendrá que usar su tarjeta de Medicare roja, blanca y azul, ni su tarjeta de Medicaid de Rhode Island para recibir servicios. Mantenga su tarjeta Medicare en un lugar seguro, en caso de que la necesite más adelante. **Usted tendrá que seguir usando su tarjeta de Rhode Island Medicaid para los servicios dentales y de transporte.** Si muestra su tarjeta de Medicare en lugar de su tarjeta de identificación de miembro de Neighborhood INTEGRITY, el proveedor podrá facturarle a Medicare en lugar de a su plan y usted podría recibir una factura. Consulte el Capítulo 7, Sección A, para saber qué hacer si recibe una factura de un proveedor.

J2. Directorio de Proveedores y Farmacias

El *Directorio de Proveedores y Farmacias* incluye una lista de los proveedores y farmacias de la red Neighborhood INTEGRITY. Mientras usted sea miembro de nuestro plan debe usar proveedores de la red para obtener servicios cubiertos. Existen algunas excepciones cuando usted se inscribe por primera vez en nuestro plan (consulte la página 33).

Puede solicitar un *Directorio de Proveedores y Farmacias* llamando al Servicio para Miembros al 1-844-812-6896, de lunes a viernes de 8 a. m. a 8 p. m. y los sábados de 8 a. m. a 12 p. m. También puede consultar el *Directorio de Proveedores y Farmacias* en www.nhpri.org/INTEGRITY o descargarlo del sitio web.

El *Directorio de Proveedores y Farmacias* incluye profesionales de atención de la salud (médicos, enfermeros practicantes y psicólogos), establecimientos de salud (hospitales o clínicas) y proveedores de asistencia (proveedores de atención diurna para adultos y de



Si tiene preguntas, llame a Neighborhood INTEGRITY al 1-844-812-6896 o al 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m.; y los sábados de 8 a. m. a 12 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

atención domiciliaria) que usted puede utilizar como miembro de Neighborhood INTEGRITY. También incluye las farmacias en las que un miembro puede obtener medicamentos recetados.

El *Directorio de Proveedores y Farmacias* contiene la dirección e información de contacto de proveedores y farmacias, además de otros detalles tales como días y horarios de atención, especialidades y habilidades para todos los proveedores y farmacias de la red Neighborhood INTEGRITY.

Definición de proveedores de la red

- Los proveedores de la red Neighborhood INTEGRITY incluyen:
 - Médicos, enfermeras y otros profesionales del cuidado de la salud a los que usted podrá visitar siendo miembro de nuestro plan;
 - Clínicas, hospitales, instituciones de cuidados para personas de la tercera edad, instalaciones de servicios diurnos y vivienda asistida para adultos mayores y otros lugares que proveen servicios de salud en nuestro plan; y
 - Agencias de cuidados de salud en el hogar, proveedores de equipo médico duradero y otros proveedores de bienes y servicios que usted recibe a través de Medicare o Medicaid de Rhode Island.

Los proveedores de la red acordaron aceptar pagos de nuestro plan por los servicios cubiertos como pago total. Si recibe servicios y respaldos a largo plazo o es elegible para ellos, es posible que deba pagar parte del costo de estos servicios. Esta cantidad la determina Medicaid de Rhode Island.

Definición de farmacias de la red

- Las farmacias de la red son farmacias que han acordado surtir recetas para los miembros de nuestro plan. Use el *Directorio de Proveedores y Farmacias* para encontrar la farmacia de la red que usted desea usar.
- Excepto en casos de emergencia, usted deberá surtir sus medicamentos recetados en las farmacias de nuestra red, si desea que nuestro plan lo ayude a pagarlos.

Comuníquese con el Servicio para Miembros llamando al 1-844-812-6896, de lunes a viernes de 8 a. m. a 8 p. m., y los sábados de 8 a. m. a 12 p. m. para obtener más información. Tanto el Servicio para miembros como el sitio de Internet de Neighborhood INTEGRITY pueden proporcionarle la información más actualizada sobre cambios en la red de proveedores y farmacias.



Si tiene preguntas, llame a Neighborhood INTEGRITY al 1-844-812-6896 o al 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m.; y los sábados de 8 a. m. a 12 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

Lista de Equipo médico duradero (DME)

Con este *Manual del Miembro*, le enviamos la Lista de Equipo Médico Duradero de Neighborhood INTEGRITY. Esta lista le indica las marcas y fabricantes de DME que cubrimos. La lista más reciente de marcas, fabricantes y proveedores también está disponible en nuestro sitio web, en www.nhpri.org/INTEGRITY. Consulte el Capítulo 4 para obtener más información sobre DME.

J3. Lista de medicamentos cubiertos

El plan tiene una *Lista de medicamentos cubiertos*. Para abreviar, la llamamos “Lista de medicamentos”. Dice cuáles medicamentos de receta están cubiertos por Neighborhood INTEGRITY.

La Lista de medicamentos también dice si algún medicamento tiene reglas o restricciones, por ejemplo, un límite a la cantidad que podrá obtener. Consulte el Capítulo 5, Sección C, para obtener más información sobre estas reglas y restricciones.

Cada año, le enviaremos información sobre cómo acceder a la Lista de medicamentos, pero durante el año pueden producirse algunos cambios. Para obtener información actualizada de los medicamentos cubiertos, visite www.nhpri.org/INTEGRITY o llame al 1-844-812-6896 de lunes a viernes de 8 a. m. a 8 p. m. y los sábados de 8 a. m. a 12 p. m.

J4. La Explicación de Beneficios

Cuando use sus beneficios de la Parte D, para beneficios de medicamentos de receta, le enviaremos un resumen para ayudarle a entender y a mantener un registro de los pagos hechos por la Parte D por sus medicamentos recetados. Este resumen se llama *Explicación de Beneficios* (o EOB).

En la *Explicación de Beneficios* se indica la cantidad total que usted u otras personas en su nombre, han gastado de la Parte D por medicamentos recetados y la cantidad total que nosotros hemos pagado por cada uno de sus medicamentos recetados de la Parte D durante el mes. En el Capítulo 6, Sección A, se ofrece más información sobre la *Explicación de Beneficios* y cómo lo ayudará a llevar un registro de la cobertura de sus medicamentos.

La *Explicación de Beneficios* también está disponible cuando la solicite. Para recibir una copia, comuníquese con Servicios para miembros.

Tiene la opción de recibir su Explicación de Beneficios de la Parte D electrónicamente. La versión electrónica proporciona la misma información y en el mismo formato que la Explicación de Beneficios impresa que recibe hoy. Para comenzar a recibir la Explicación electrónica de beneficios, vaya a www.caremark.com o llame a Servicios para Miembros para registrarse.



Si tiene preguntas, llame a Neighborhood INTEGRITY al 1-844-812-6896 o al 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m.; y los sábados de 8 a. m. a 12 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

Recibirá una notificación por correo electrónico cuando tenga una nueva Explicación de Beneficios para su consulta. Asegúrese de guardar estos informes. Contienen información importante sobre sus gastos de medicamentos.

K. Cómo mantener actualizado su expediente

Usted puede mantener actualizado su expediente de miembro avisándonos cuando cambie su información.

Los proveedores y farmacias de la red del plan necesitan tener su información correcta. **Ellos utilizarán su expediente de miembro para saber qué servicios y medicamentos recibe y cuánto cuestan.** 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 de cobertura en cualquier otro tipo de seguro de salud que tenga, por ejemplo, de su empleador, del empleador de su cónyuge o indemnización por accidente laboral.
- Cualquier reclamo por responsabilidad, como una demanda por accidente automovilístico.
- Admisión a una residencia para personas de la tercera edad u hospital.
- Atención en un hospital o sala de emergencias fuera del área o que no pertenece a la red.
- Cambios en quién es la persona encargada de su cuidado (o la persona responsable por usted).
- Usted forma parte o se vuelve parte de una investigación clínica.

Si alguna información cambia, infórmenos llamando a Servicios para Miembros al 1-844-812-6896, de lunes a viernes de 8 a. m. a 8 p. m., y los sábados de 8 a. m. a 12 p. m.

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

La información en su expediente de miembro puede incluir información personal de salud (Privacy of personal health information, PHI). Las leyes exigen que mantengamos la privacidad de su PHI. Nos aseguramos de que su PHI esté protegida. En el Capítulo 8, Sección C1, encontrará más información sobre cómo protegemos su PHI.



Si tiene preguntas, llame a Neighborhood INTEGRITY al 1-844-812-6896 o al 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m.; y los sábados de 8 a. m. a 12 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

Capítulo 2: Números de teléfono y recursos importantes

Introducción

Este capítulo le brinda información de contacto sobre 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 médica y otros que pueden abogar en su nombre. Las palabras importantes y sus definiciones se encuentran en orden alfabético en el último capítulo del *Manual del miembro*.

Índice

A. Cómo comunicarse con Servicios para Miembros de Neighborhood INTEGRITY	15
A1. Cuándo comunicarse con Servicios para Miembros	15
B. Cómo comunicarse con su administrador de atención de salud	18
B1. Cuándo comunicarse con su administrador de atención de salud	18
C. Cómo comunicarse con la Línea de Asesoramiento de Enfermería	19
C1. Cuándo comunicarse con la Línea de Asesoramiento de Enfermería	19
D. Cómo comunicarse con la Línea de Crisis de Salud del Comportamiento	20
D1. Cuándo comunicarse con la Línea de Crisis de Salud del Comportamiento	20
E. Cómo comunicarse con el Programa de Asistencia del Seguro de Salud del Estado (SHIP)	21
E1. Cuándo hablar con un consejero de SHIP	21
F. Cómo comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad (QIO)	22
F1. Cuándo comunicarse con KEPRO.....	22
G. Cómo comunicarse con Medicare	23
H. Cómo comunicarse con Rhode Island Medicaid	24
I. Cómo comunicarse con el Defensor del Cuidado de Salud RIPIN	25
J. Cómo comunicarse con la Alianza para un Mejor Cuidado a Largo Plazo	26

Si tiene preguntas, llame a Neighborhood INTEGRITY al 1-844-812-6896 o al 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m.; y los sábados de 8 a. m. a 12 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.



A. Cómo comunicarse con Servicios para Miembros de Neighborhood INTEGRITY

LLAME	1-844-812-6896 Esta llamada es gratuita. 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. Es posible que los sábados por la tarde, los domingos y los feriados, se le solicite que deje un mensaje. Se responderá a su llamada al siguiente día hábil. Tenemos servicios de interpretación gratuitos para personas que no hablan inglés.
TTY	711 Esta llamada es gratuita. Este número es para personas que tienen dificultades para oír o para hablar. Usted debe tener un equipo telefónico especial para llamar. 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. Es posible que los sábados por la tarde, los domingos y los feriados, se le solicite que deje un mensaje. Se responderá a su llamada al siguiente día hábil.
ESCRIBA	Neighborhood Health Plan of Rhode Island Attn: Member Services 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 quejas, facturas o las Tarjetas de Identificación para los Miembros
- Decisiones de cobertura sobre su atención de salud
 - Una decisión de cobertura sobre el cuidado de su salud es una decisión sobre:
 - sus beneficios y servicios cubiertos, o
 - la cantidad que pagaremos por sus servicios de salud.

Si tiene preguntas, llame a Neighborhood INTEGRITY al 1-844-812-6896 o al 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m.; y los sábados de 8 a. m. a 12 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.



- Llámenos si tiene preguntas sobre una decisión de cobertura del cuidado de su salud.
- Para obtener más información sobre decisiones de cobertura, consulte el Capítulo 9, Sección 4.
- Apelaciones sobre el cuidado de su salud
 - Una apelación es una manera formal de pedirnos que revisemos alguna decisión de cobertura y de pedirnos que la modifiquemos si usted cree que hemos cometido un error.
 - Para obtener más información sobre cómo hacer una apelación, consulte el Capítulo 9, Sección 4.
- Quejas sobre el cuidado de su salud
 - Usted puede presentar una queja sobre nosotros o sobre cualquier proveedor de servicios de salud (incluye proveedores de la red o que no pertenezcan a la red). Un proveedor de la red es un proveedor que trabaja con el plan de salud. Usted también puede presentarnos una queja sobre la calidad de la atención que recibió o presentarla ante la Organización para el Mejoramiento de la Calidad (consulte la Sección F a continuación).
 - Si su queja está relacionada con una decisión de cobertura del cuidado de su salud, puede presentar una apelación (consulte la sección anterior).
 - Puede enviar una queja sobre Neighborhood INTEGRITY directamente a Medicare. Puede usar el formulario en línea en <https://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx>. O puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para pedir ayuda.
 - Para obtener más información sobre cómo presentar una queja sobre el cuidado de su salud, consulte el Capítulo 9, Sección 10.
- Decisiones de cobertura sobre sus medicamentos
 - Una decisión de cobertura sobre medicamentos es una decisión sobre:
 - sus beneficios y medicamentos cubiertos, o
 - la cantidad que pagaremos por sus medicamentos.
 - Esto aplica a sus medicamentos de la Parte D, a medicamentos recetados de Rhode Island Medicaid y a medicamentos de Rhode Island Medicaid de venta libre.
 - Para obtener más información sobre decisiones de cobertura de sus medicamentos recetados, consulte el Capítulo 9, Secciones 5 y 6.
- Apelaciones sobre sus medicamentos



Si tiene preguntas, llame a Neighborhood INTEGRITY al 1-844-812-6896 o al 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m.; y los sábados de 8 a. m. a 12 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

- Una apelación es una manera de pedirnos que cambiemos una decisión sobre cobertura.
- Puede solicitar una apelación para sus medicamentos recetados de Medicaid o de la Parte D llamando a Servicios para Miembros al 1-844-812-6896 (TTY 711). Los medicamentos que no son medicamentos de la Parte D están codificados como “DP” en nuestra Lista de Medicamentos; estos son medicamentos de Medicaid.
- Para obtener más información sobre cómo presentar una apelación relacionada con sus medicamentos recetados, consulte el Capítulo 9, Secciones 5 y 6.
- Quejas relacionadas con sus medicamentos
 - Usted puede presentar una queja sobre nosotros o sobre cualquier farmacia. Esto incluye quejas relacionadas con sus medicamentos de receta.
 - Si su queja está relacionada con una decisión de cobertura de sus medicamentos de receta, puede presentar una apelación. (Consulte la sección anterior).
 - Puede enviar una queja sobre Neighborhood INTEGRITY directamente a Medicare. Puede usar un formulario en línea <https://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx>. O puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para pedir ayuda.
 - Para obtener más información sobre cómo presentar una queja relacionada con sus medicamentos recetados, consulte el Capítulo 9, Sección 10.
- Devolución de un pago que hizo por atención de salud o medicamentos
 - Para obtener más información sobre cómo solicitarnos la devolución de un pago que hizo o que paguemos una factura que recibió, consulte el Capítulo 7, Sección A.
 - Si nos pide que paguemos una factura y rechazamos alguna parte de su solicitud, puede apelar nuestra decisión. Consulte el Capítulo 9, Sección 5.5, para obtener más información sobre las apelaciones.



Si tiene preguntas, llame a Neighborhood INTEGRITY al 1-844-812-6896 o al 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m.; y los sábados de 8 a. m. a 12 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

B. Cómo comunicarse con su administrador de atención de salud

Un administrador de atención de salud es una persona (con licencia en el área de salud, ya sea un enfermero registrado [RN] o un trabajador social) que lo ayuda en la administración de todos sus proveedores y servicios. Es la persona que trabaja con su equipo de atención de la salud con el fin de que usted reciba el cuidado que necesita. Si así lo decide, puede pedirle ayuda a un administrador de atención de salud para coordinar su atención. Para solicitar, cambiar o comunicarse con un administrador de atención de salud, llame a Servicios para Miembros.

LLAME	1-844-812-6896 Esta llamada es gratuita. 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. Es posible que los sábados por la tarde, los domingos y los feriados, se le solicite que deje un mensaje. Se responderá a su llamada al siguiente día hábil. Tenemos servicios de interpretación gratuitos para personas que no hablan inglés.
TTY	711 Esta llamada es gratuita. Este número es para personas que tienen dificultades para oír o para hablar. Usted debe tener un equipo telefónico especial para llamar. 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.
ESCRIBA	Neighborhood Health Plan of Rhode Island 910 Douglas Pike Smithfield, RI 02917

B1. Cuándo comunicarse con su administrador de atención de salud

- Preguntas sobre el cuidado de su salud
- Preguntas sobre cómo obtener servicios de salud del comportamiento, transporte y servicios y respaldos a largo plazo (long-term services and supports, LTSS)

Es posible que las personas con un elevado nivel de necesidades de salud y que de otra forma necesitarían estar en una institución, sean elegibles para recibir servicios y respaldos a largo plazo (LTSS) en su hogar. Los LTSS incluyen diversos servicios y respaldos que ayudan a las



Si tiene preguntas, llame a Neighborhood INTEGRITY al 1-844-812-6896 o al 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m.; y los sábados de 8 a. m. a 12 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

personas de la tercera edad y a las personas con discapacidades a satisfacer sus necesidades de la vida diaria y mejorar su calidad de vida para que puedan permanecer seguras en la comunidad.

A veces, puede recibir ayuda para su atención diaria de salud y otras necesidades. Es posible que sea elegible para obtener estos servicios:

- Cuidados de enfermería especializada
- Fisioterapia
- Terapia ocupacional
- Terapia del lenguaje
- Servicios sociales médicos
- Atención médica en el hogar

C. Cómo comunicarse con la Línea de Asesoramiento de Enfermería

La Línea de Asesoramiento de Enfermería (Nurse Advice Call Line) está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los enfermeros pueden ayudarlo a decidir cuál es el mejor lugar al que acudir para obtener atención, por ejemplo, médico, servicios de urgencia o sala de emergencia. También pueden ayudar a responder preguntas sobre sus preocupaciones de salud, preguntas sobre medicamentos y lo que puede hacer en casa para cuidar su salud.

LLAME	1-844-617-0563 Esta llamada es gratuita. Acceso las 24 horas del día, los 7 días de la semana Tenemos servicios de interpretación gratuitos para personas que no hablan inglés.
TTY	711 Esta llamada es gratuita. Este número es para personas que tienen dificultades para oír o para hablar. Usted debe tener un equipo telefónico especial para llamar. Acceso las 24 horas del día, los 7 días de la semana

C1. Cuándo comunicarse con la Línea de Asesoramiento de Enfermería

- Preguntas sobre el cuidado de su salud



Si tiene preguntas, llame a Neighborhood INTEGRITY al 1-844-812-6896 o al 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m.; y los sábados de 8 a. m. a 12 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

D. Cómo comunicarse con la Línea de Crisis de Salud del Comportamiento

La Línea de Crisis de Salud del Comportamiento (Behavioral Health Crisis Line) brinda información y apoyo en persona a los miembros que necesitan localizar y acceder a servicios de salud del comportamiento o de consumo de sustancias.

LLAME	1-401-443-5995 Esta llamada es gratuita. Acceso las 24 horas del día, los 7 días de la semana Tenemos servicios de interpretación gratuitos para personas que no hablan inglés.
TTY	711 Esta llamada es gratuita. Este número es para personas que tienen dificultades para oír o para hablar. Usted debe tener un equipo telefónico especial para llamar. Acceso las 24 horas del día, los 7 días de la semana

D1. Cuándo comunicarse con la Línea de Crisis de Salud del Comportamiento

- Preguntas sobre los servicios de salud del comportamiento
- Preguntas sobre los servicios para el trastorno por consumo de sustancias



Si tiene preguntas, llame a Neighborhood INTEGRITY al 1-844-812-6896 o al 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m.; y los sábados de 8 a. m. a 12 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

E. Cómo comunicarse con el Programa de Asistencia del Seguro de Salud del Estado (SHIP)

El Programa de asistencia del seguro de salud del estado (State Health Insurance Assistance, SHIP) ofrece consejos gratuitos sobre el seguro de salud a las personas con Medicare. En Rhode Island, puede obtener una remisión para un consejero de SHIP llamando a The POINT.

The POINT no está relacionado con ninguna compañía de seguros o plan de salud.

LLAME	1-401-462-4444
TTY	711 Este número es para personas que tienen dificultades para oír o para hablar. Usted debe tener un equipo telefónico especial para llamar.
ESCRIBA	United Way of RI, 50 Valley Street, Providence, RI 02909

E1. Cuándo hablar con un consejero de SHIP

- Preguntas sobre su seguro de salud de Medicare
 - Los consejeros de SHIP pueden responder sus preguntas sobre el cambio a un nuevo plan y pueden ayudarlo a:
 - comprender sus derechos,
 - entender las opciones de su plan,
 - presentar quejas sobre el cuidado de su salud o tratamientos, y
 - resolver problemas con sus facturas.



Si tiene preguntas, llame a Neighborhood INTEGRITY al 1-844-812-6896 o al 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m.; y los sábados de 8 a. m. a 12 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

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

Nuestro estado cuenta con una organización llamada una KEPRO. Es un grupo de médicos y otros profesionales de atención de la salud que ayudan a mejorar la calidad del cuidado para personas con Medicare. KEPRO no está vinculado con nuestro plan.

LLAME	1-888-319-8452
TTY	1-844-843-4776 Este número es para personas que tienen dificultades para oír o para hablar. Usted debe tener un equipo telefónico especial para llamar.
ESCRIBA	KEPRO 5700 Lombardo Center Drive, Suite 100 Seven Hills, OH 44131
SITIO WEB	https://www.keproqio.com/

F1. Cuándo comunicarse con KEPRO

- Preguntas sobre el cuidado de su salud
 - Usted puede presentar una queja sobre la atención que recibió, si usted:
 - tiene un problema con la calidad del cuidado de salud,
 - cree que su estadía en el hospital terminará demasiado pronto, o
 - cree que el cuidado de salud en el hogar, el cuidado en un centro de enfermería especializada o los servicios de rehabilitación integral ambulatoria (comprehensive outpatient rehabilitation facility, CORF) terminarán demasiado pronto.

Si tiene preguntas, llame a Neighborhood INTEGRITY al 1-844-812-6896 o al 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m.; y los sábados de 8 a. m. a 12 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.



G. Cómo comunicarse con Medicare

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

La agencia federal a cargo de Medicare es CMS (Centros para Servicios de Medicare y Medicaid).

LLAME	1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) Las llamadas a este número son gratuitas las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
TTY	1-877-486-2048 Esta llamada es gratuita. Este número es para personas que tienen dificultades para oír o para hablar. Usted debe tener un equipo telefónico especial para llamar.
SITIO WEB	http://www.medicare.gov Este es el sitio oficial de Medicare. Allí se ofrece información actualizada sobre Medicare. También se ofrece información sobre hospitales, hogares para personas de la tercera edad, médicos, agencias de cuidado de la salud en el hogar y sitios para realizar tratamiento de diálisis. Incluye además folletos que usted podrá imprimir desde su computadora. También podrá encontrar contactos de Medicare en su estado seleccionando “Formularios, ayuda y recursos” y después haciendo clic en “Números telefónicos y sitios de Internet”. El sitio web de Medicare tiene la siguiente herramienta que le ayudará a encontrar planes en su área: Buscador de planes de Medicare: Ofrece información personalizada sobre los planes de medicamentos de receta de Medicare, los planes de salud de Medicare y las políticas de Medigap (el seguro suplementario de Medicare) en su área. Seleccione “Buscar planes de salud y medicamentos”. Si no tiene computadora, puede pedir ayuda en la biblioteca local o en un centro para personas de la tercera edad. Allí le ayudarán a visitar este sitio web usando sus computadoras. O, puede llamar a Medicare, al número mencionado arriba, y preguntar por lo que está buscando. Ellos buscarán la información en el sitio web, la imprimirán y se la enviarán.



Si tiene preguntas, llame a Neighborhood INTEGRITY al 1-844-812-6896 o al 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m.; y los sábados de 8 a. m. a 12 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

H. Cómo comunicarse con Rhode Island Medicaid

Rhode Island Medicaid ofrece ayuda con cuidados de salud y servicios y respaldos a largo plazo para personas con ingresos y recursos limitados.

Usted está inscrito en Medicare y en Medicaid. Si tiene alguna pregunta sobre la ayuda que recibe de Medicaid, comuníquese con Medicaid de Rhode Island.

Consulte la Sección K de este capítulo para obtener recursos adicionales en Rhode Island.

LLAME	1-855-697-4347
TTY	711 Este número es para personas que tienen dificultades para oír o para hablar. Usted debe tener un equipo telefónico especial para llamar.
ESCRIBA	Virks Building, 3 West Road, Cranston, RI 02920
SITIO WEB	http://www.eohhs.ri.gov



Si tiene preguntas, llame a Neighborhood INTEGRITY al 1-844-812-6896 o al 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m.; y los sábados de 8 a. m. a 12 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

I. Cómo comunicarse con el Defensor del Cuidado de Salud RIPIN

El Defensor de la Salud de la Rhode Island Parent Information Network (RIPIN) trabaja como defensor en su nombre. Pueden responder sus preguntas si usted tiene un problema o queja, y pueden ayudarle a entender qué hacer. El Defensor del Cuidado de Salud (Healthcare Advocate) de la RIPIN también ayuda a las personas inscritas en Rhode Island Integrated Care Initiative que tienen problemas con servicios de salud o con facturas. No están relacionados con nuestro plan ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud. Sus servicios son gratuitos.

LLAME	1-855-747-3224
TTY	711 Este número es para personas que tienen dificultades para oír o para hablar. Usted debe tener un equipo telefónico especial para llamar.
ESCRIBA	300 Jefferson Blvd, Suite 300 Warwick, RI 02888
DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO	HealthcareAdvocate@ripin.org
SITIO WEB	http://www.ripin.org/healthcareadvocate/



Si tiene preguntas, llame a Neighborhood INTEGRITY al 1-844-812-6896 o al 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m.; y los sábados de 8 a. m. a 12 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

J. Cómo comunicarse con la Alianza para un Mejor Cuidado a Largo Plazo

La Alianza para un Mejor Cuidado a Largo Plazo (The Alliance for Better Long Term Care) es un programa de defensoría que ayuda a las personas a obtener información sobre hogares para personas de la tercera edad y otros establecimientos donde se brindan servicios de salud a largo plazo. Además, ofrece ayuda para resolver problemas entre estos establecimientos y los residentes o sus familias.

LLAME	1-401-785-3340 o 1-888-351-0808
TTY	711 Este número es para personas que tienen dificultades para oír o para hablar. Usted debe tener un equipo telefónico especial para llamar.
ESCRIBA	422 Post Road, Suite 204 Warwick, RI 02888
SITIO WEB	http://www.alliancebltc.com/

K. Otros recursos

La **Oficina de Envejecimiento Saludable de Rhode Island (Rhode Island Office of Healthy Aging)** ayuda a proporcionar información a personas de la tercera edad, familias y cuidadores de Rhode Island. Algunos programas y servicios comprenden, entre otros, administración de casos, asistencia para calefacción, asistencia legal, servicios y respaldos a largo plazo (LTSS) de Rhode Island Medicaid y denuncia de casos de abusos contra personas de la tercera edad



Si tiene preguntas, llame a Neighborhood INTEGRITY al 1-844-812-6896 o al 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m.; y los sábados de 8 a. m. a 12 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

LLAME	1-401-462-3000
TTY	1-401-462-0740 Este número es para personas que tienen dificultades para oír o para hablar. Usted debe tener un equipo telefónico especial para llamar.
ESCRIBA	Office of Healthy Aging 25 Howard Avenue, Bldg. 75 Cranston, RI 02920
SITIO WEB	http://www.oha.ri.gov/

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

LLAME	1-855-697-4347
TTY	711 Este número es para personas que tienen dificultades para oír o para hablar. Usted debe tener un equipo telefónico especial para llamar.
SITIO WEB	http://www.dhs.ri.gov/DHSOffices/index.php

Crossroads Rhode Island proporciona información sobre viviendas asequibles para familias y personas, servicios educativos y de empleo, y servicios de emergencia las 24 horas del día, los 7 días de la semana.



Si tiene preguntas, llame a Neighborhood INTEGRITY al 1-844-812-6896 o al 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m.; y los sábados de 8 a. m. a 12 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

LLAME	1-401-521-2255
TTY	711 Este número es para personas que tienen dificultades para oír o para hablar. Usted debe tener un equipo telefónico especial para llamar.
ESCRIBA	160 Broad Street Providence, RI 02903
SITIO WEB	https://www.crossroadsri.org

El **Centro de Leyes de Rhode Island para la Discapacidad (Rhode Island Disability Law Center, RIDLC)** es una oficina legal independiente sin fines de lucro designada como Sistema Federal de Protección y Defensa de Rhode Island. Ayuda a brindar asistencia legal gratuita a personas con discapacidades.

LLAME	1-401-831-3150
TTY	1-401-831-5335 Este número es para personas que tienen dificultades para oír o para hablar. Usted debe tener un equipo telefónico especial para llamar.
ESCRIBA	Rhode Island Disability Law Center Inc. 33 Broad Street, Suite 601 Providence, RI 02903
DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO	info@ridlc.org
SITIO WEB	https://www.ridlc.org/

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



Si tiene preguntas, llame a Neighborhood INTEGRITY al 1-844-812-6896 o al 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m.; y los sábados de 8 a. m. a 12 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

LLAME	211 o 1-401-444-0600
TTY	711 Este número es para personas que tienen dificultades para oír o para hablar. Usted debe tener un equipo telefónico especial para llamar.
ESCRIBA	50 Valley Street Providence, RI 02909
DIRECCIÓN DE	https://www.uwri.org



Si tiene preguntas, llame a Neighborhood INTEGRITY al 1-844-812-6896 o al 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m.; y los sábados de 8 a. m. a 12 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

Capítulo 3: Cómo usar la cobertura del plan para su cuidado de salud y otros servicios cubiertos

Introducción

Este capítulo tiene términos y reglas específicos que debe conocer para obtener atención médica y otros servicios cubiertos con Neighborhood INTEGRITY. También le informa sobre su administrador de atención de salud, cómo obtener atención de diferentes tipos de proveedores y en ciertas circunstancias especiales (incluso de proveedores o farmacias fuera de la red), qué hacer cuando se le factura directamente por los servicios cubiertos por nuestro plan y las reglas de propiedad del equipo médico duradero (Durable Medical Equipment, DME). Las palabras importantes y sus definiciones se encuentran en orden alfabético en el último capítulo del *Manual del miembro*.

Índice

A. Información sobre “servicios”, “servicios cubiertos”, “proveedores” y “proveedores de la red”	32
B. Reglas para obtener cuidados de salud, cuidados de salud del comportamiento, y servicios y respaldos a largo plazo (LTSS) cubiertos por el plan	32
C. Información sobre su administrador de atención de salud	34
C1. Qué es un administrador de atención de salud	34
C2. Cómo puede comunicarse con su administrador de atención de salud	34
C3. Cómo puede cambiar su administrador de atención de salud	34
D. Cuidados de su proveedor de cuidados primarios, de especialistas y de otros proveedores de la red y fuera de la red	34
D1. Atención de un proveedor de cuidados primarios	34
D2. Cuidados de especialistas y de otros proveedores de la red	36
D3. Qué hacer cuando un proveedor abandona nuestro plan	37
D4. Cómo obtener cuidados de proveedores fuera de la red	37
E. Cómo recibir servicios y respaldo a largo plazo (LTSS)	38
F. Cómo obtener servicios de salud del comportamiento	38
G. Cómo obtener cuidados autodirigidos	39



Si tiene preguntas, llame a Neighborhood INTEGRITY al 1-844-812-6896 o al 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m.; y los sábados de 8 a. m. a 12 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

G1. Qué es el cuidado autodirigido	39
G2. Quién puede obtener cuidados autodirigidos	39
G3. Cómo obtener ayuda para contratar proveedores de cuidados personales	39
H. Cómo obtener servicios de transporte	40
I. Cómo obtener servicios cubiertos si tiene una emergencia médica o si requiere atención necesaria de urgencia o durante un desastre	40
I1. Cuidados cuando tiene una emergencia médica.....	40
I2. Atención necesaria de urgencia	43
I3. Cuidados durante un desastre	44
J. Qué hacer si le cobran directamente los servicios cubiertos por nuestro plan	44
J1. Qué hacer si los servicios no están cubiertos por nuestro plan	44
K. Cobertura de sus servicios de cuidado de salud cuando usted e está participando en un estudio de investigación clínica	45
K1. Definición de una investigación clínica.....	45
K2. Pago por servicios cuando usted está participando en un estudio de investigación clínica	46
K3. Cómo aprender más sobre estudios de investigación clínica	46
L. Cómo están cubiertos sus servicios de cuidado de salud cuando recibe cuidados de salud en una institución religiosa no médica para cuidados de salud	46
L1. Definición de una institución religiosa no médica para cuidados de salud	46
L2. Cómo recibir cuidados de salud de una institución religiosa no médica de cuidados de salud	47
M. Equipo médico duradero (DME)	47
M1. DME como un miembro de nuestro plan	47
M2. Propiedad de DME cuando cambia a Original Medicare o Medicare Advantage	48



Si tiene preguntas, llame a Neighborhood INTEGRITY al 1-844-812-6896 o al 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m.; y los sábados de 8 a. m. a 12 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

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

Los servicios incluyen cuidados de salud, servicios y respaldo a largo plazo (LTSS), insumos, cuidado de salud del comportamiento, medicamentos recetados y de venta libre, equipos y otros servicios. Los servicios cubiertos son cualquiera de estos servicios por los cuales paga nuestro plan. Los servicios cubiertos de cuidado de salud y los servicios y respaldo a largo plazo están incluidos en la Tabla de Beneficios del Capítulo 4, Sección D.

Los proveedores son los médicos, enfermeros y otras personas que le brindan servicios y cuidado. El término proveedores también incluye hospitales, agencias de cuidados de la salud en el hogar, clínicas y otros centros que proporcionan servicios de salud, equipos médicos y servicios y respaldos a largo plazo.

Los proveedores de la red son proveedores que trabajan con el plan de salud. Estos proveedores están de acuerdo en aceptar nuestro pago como pago total. Los proveedores de la red generalmente nos envían facturas directamente a nosotros por el cuidado que le dan a usted. Cuando usted visite a un proveedor de la red, generalmente no pagará nada por los servicios cubiertos. Sin embargo, si usted es elegible para servicios y respaldo a largo plazo (LTSS), es posible que tenga que pagar parte del costo de los servicios. La cantidad la determina el programa Medicaid de Rhode Island.

B. Reglas para obtener cuidados de salud, cuidados de salud del comportamiento, y servicios y respaldos a largo plazo (LTSS) cubiertos por el plan

Neighborhood INTEGRITY cubre la totalidad de los servicios cubiertos por Medicare y la mayoría de los servicios cubiertos por Medicaid de Rhode Island. Esto incluye servicios de salud del comportamiento y servicios y respaldos a largo plazo. No obstante, ciertos beneficios de Medicaid seguirán siendo cubiertos por Medicaid de Rhode Island, como sus servicios dentales y de transporte. Podemos ayudarle a acceder a estos servicios.

En general, Neighborhood INTEGRITY pagará el costo del cuidado de salud y los servicios que usted recibe si sigue las reglas del plan. Lo que estará cubierto por nuestro plan:

- El cuidado que reciba debe ser un **beneficio del plan**. Esto significa que debe estar incluido en la Tabla de beneficios del plan. (La tabla está en el Capítulo 4, Sección D, de este manual).
- El cuidado debe ser **médicamente necesario**. Médicamente necesario significa servicios que usted necesita para prevenir, diagnosticar o tratar una enfermedad, para evitar que empeore una enfermedad o para mantener su estado de salud actual. Esto incluye cuidados que prevengan que usted sea ingresado en un hospital o en un hogar



Si tiene preguntas, llame a Neighborhood INTEGRITY al 1-844-812-6896 o al 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m.; y los sábados de 8 a. m. a 12 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

para personas de la tercera edad. También incluye los servicios, insumos o medicamentos que cumplan con estándares aceptados por la práctica médica.

- Usted debe tener un **proveedor de cuidados primarios (primary care provider, PCP)** que le haya ordenado el cuidado o le haya dicho que vea a otro proveedor. Como miembro del plan, usted deberá escoger un proveedor de la red para que sea su PCP.
 - Usted no necesitará una remisión de su PCP para recibir cuidado de emergencia, atención necesaria de urgencia, cuidados de salud del comportamiento o para ver a un proveedor de cuidado de salud femenina. Usted podrá obtener otras clases de cuidados sin tener una referencia de su PCP. Para obtener más información sobre este tema, vaya a la página 35.
 - Para obtener más información sobre cómo elegir un PCP, vaya la página 34.
 - **Nota:** Por lo menos, durante los primeros seis meses que esté inscrito en nuestro plan, usted podrá continuar viendo a sus proveedores actuales, en forma gratuita, si ellos no forman parte de nuestra red. Esto se llama período de continuidad de cuidados. Durante los primeros seis meses que esté inscrito en nuestro plan, nuestro Administrador de Atención de Salud se comunicará con usted para ayudarlo a encontrar proveedores en nuestra red. Después de que termine el período de continuidad de cuidados, no cubriremos su cuidado de salud si continúa viendo a proveedores fuera de la red.
- **Usted debe recibir su cuidado de salud de proveedores de la red.** Por lo general, el plan no cubrirá cuidados de proveedores que no trabajen con el plan de salud. A veces esta regla no se aplica:
 - El plan cubre cuidados de emergencia o atención necesaria de urgencia de proveedores fuera de la red. Para obtener más información sobre qué quiere decir emergencia o atención necesaria de urgencia, consulte la Sección I, página 40.
 - Si necesita cuidado cubierto por nuestro plan y los proveedores de nuestra red no se lo pueden dar, puede obtener el cuidado de proveedores fuera de la red. Su proveedor debe enviar una autorización previa y obtener aprobación de Neighborhood antes de que usted reciba el servicio. En este caso, cubriremos el cuidado sin costo alguno para usted. Para obtener información sobre cómo recibir una autorización para ver a un proveedor fuera de la red, consulte la página 34.
 - El plan cubre servicios de diálisis cuando usted se encuentra fuera del área de servicio del plan durante un tiempo breve. Podrá obtener estos servicios en una institución para tratamiento de diálisis certificada por Medicare.
 - Al unirse al plan, usted puede seguir visitando a los proveedores que visita actualmente durante los primeros 6 meses o la duración de su plan de atención; el que sea el período más largo.
 - Los servicios de planificación familiar están disponibles a través de cualquier proveedor. No necesita autorización para recibir estos servicios.

Si tiene preguntas, llame a Neighborhood INTEGRITY al 1-844-812-6896 o al 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m.; y los sábados de 8 a. m. a 12 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.



C. Información sobre su administrador de atención de salud

Si así lo decide, puede pedirle ayuda a un administrador de atención de salud para coordinar su atención.

C1. Qué es un administrador de atención de salud

- Un administrador de atención de salud es una persona (con licencia en el área de salud, ya sea un enfermero registrado [RN] o un trabajador social) que lo ayuda en la administración de todos sus proveedores y servicios. Es la persona que trabaja con su equipo de atención de la salud con el fin de que usted reciba el cuidado que necesita.

C2. Cómo puede comunicarse con su administrador de atención de salud

- Puede comunicarse con su administrador de atención de salud llamando al 1-844-812-6896 (TTY 711) de lunes a viernes entre las 8:00 a. m. a 8:00 p. m. y los sábados de 8:00 a. m. a 12:00 p. m. Es posible que los sábados por la tarde, los domingos y los feriados, se le solicite que deje un mensaje. Se responderá a su llamada al siguiente día hábil. La llamada es gratuita.

C3. Cómo puede cambiar su administrador de atención de salud

- Puede solicitar cambiar su administrador de atención de salud llamando al 1-844-812-6896 (TTY 711) de lunes a viernes entre las 8:00 a. m. a 8:00 p. m. y los sábados de 8:00 a. m. a 12:00 p. m. Es posible que los sábados por la tarde, los domingos y los feriados, se le solicite que deje un mensaje. Se responderá a su llamada al siguiente día hábil. La llamada es gratuita.

D. Cuidados de su proveedor de cuidados primarios, de especialistas y de otros proveedores de la red y fuera de la red

D1. Atención de un proveedor de cuidados primarios

Usted debe elegir un proveedor de cuidados primarios (PCP) que se encargue de proporcionarle su cuidado.

Definición de “PCP” y lo que un PCP hace por usted

Su proveedor de cuidados primarios (PCP) es su proveedor principal y responsable de brindarle muchos de los servicios preventivos y primarios de atención de la salud. Su PCP formará parte de su equipo de atención de salud. Su PCP le ayudará a:

- Elaborar su plan de salud,

Si tiene preguntas, llame a Neighborhood INTEGRITY al 1-844-812-6896 o al 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m.; y los sábados de 8 a. m. a 12 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.



- Determinar sus necesidades de salud,
- Recomendar o solicitar muchos de los servicios e insumos que necesita,
- Obtener autorización previa de su equipo de salud o de Neighborhood INTEGRITY según se necesite, y
- Coordinar su atención de salud.

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

- Médico de familia
- Médico especialista en medicina interna
- Médico general
- Gerontólogo
- Ginecólogo
- Enfermera certificada con práctica médica (CNP)
- Auxiliar médico (PA)
- Partera certificada

No puede seleccionar una clínica (RHC o FQHC) como su proveedor de atención primaria, pero si el proveedor que selecciona trabaja en una clínica y cumple con los criterios, dicho proveedor puede ser su proveedor de atención primaria.

Su elección de un PCP

Usted puede elegir a su proveedor de cuidados primarios en nuestra red. Puede encontrar una lista de proveedores participantes en nuestro sitio web en www.nhpri.org/INTEGRITY.

Comuníquese con Servicios para Miembros si necesita ayuda para buscar un PCP participante en su área. Si ya ha elegido un PCP y ese proveedor no está especificado en su tarjeta de identificación de miembro, comuníquese con Servicios para Miembros para solicitar que se cambie esto llamando al 1-844-812-6896 (TTY 711), de lunes a viernes de 8 a. m. a 8 p. m.; y los sábados de 8 a. m. a 12 p. m. Es posible que los sábados por la tarde, los domingos y los feriados, se le solicite que deje un mensaje. Se responderá a su llamada al siguiente día hábil. La llamada es gratuita.

Opción para cambiar su PCP

En cualquier momento durante el año y por cualquier motivo puede cambiar el PCP que eligió. También es posible que su PCP se retire de la red de nuestro plan. Nosotros podemos ayudarlo a encontrar un nuevo PCP si el que tiene actualmente abandona nuestra red.



Si tiene preguntas, llame a Neighborhood INTEGRITY al 1-844-812-6896 o al 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m.; y los sábados de 8 a. m. a 12 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

Si desea cambiar su PCP, llame a Servicios para Miembros al 1-844-812-6896 (TTY 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. Es posible que los sábados por la tarde, los domingos y los feriados, se le solicite que deje un mensaje. Se responderá a su llamada al siguiente día hábil. La llamada es gratuita.

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

D2. Cuidados de especialistas y de otros proveedores de la red

Un especialista es un proveedor que brinda servicios de atención médica relacionados con una enfermedad en particular o una parte del cuerpo específica. Existen muchos tipos de especialistas. He aquí algunos ejemplos:

- Los oncólogos atienden a pacientes con cáncer.
- Los cardiólogos atienden a pacientes con problemas del corazón.
- Los ortopedistas atienden a pacientes con problemas en huesos, articulaciones o músculos.

Es muy importante conversar con su proveedor de cuidados primarios (PCP) antes de consultar a un especialista. Neighborhood no requiere que usted tenga una remisión para consultar a un especialista. Sin embargo, usted debe informar a su PCP y a su administrador de atención de salud cualquier cambio que se produzca en su salud.

Después de consultar a un especialista, este puede indicar otros servicios o medicamentos que requieran autorización previa. Una autorización previa significa que usted debe obtener autorización de Neighborhood antes de que reciba un servicio o medicamento específico, o consultar a un proveedor fuera de la red. Normalmente, su proveedor enviaría una carta o formulario a Neighborhood en la que explicaría la necesidad del servicio o medicamento. Para obtener más información, consulte la Tabla de Beneficios del Capítulo 4.

Su elección 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 www.nhpri.org/INTEGRITY para consultar nuestro Directorio de Proveedores y Farmacias. Si necesita ayuda, también puede llamar a Servicios para Miembros al 1-844-812-6896 (TTY 711) de lunes a viernes de 8 a. m. a 8 p. m. y los sábados de 8 a. m. a 12 p. m. Es posible que los sábados por la tarde, los domingos y los feriados, se le solicite que deje un mensaje. Se responderá a su llamada al siguiente día hábil. La llamada es gratuita.



Si tiene preguntas, llame a Neighborhood INTEGRITY al 1-844-812-6896 o al 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m.; y los sábados de 8 a. m. a 12 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

D3. Qué hacer cuando un proveedor abandona nuestro plan

Un proveedor de la red cuyos servicios usted esté usando podría retirarse de nuestro plan. Si alguno de sus proveedores abandona nuestro plan, usted tiene ciertos derechos y protecciones que resumimos a continuación:

- Si bien nuestra red de proveedores puede cambiar durante el año, debemos darle acceso ininterrumpido a los cuidados de una amplia red de proveedores calificados.
- Realmente nos esforzaremos para avisarle con, al menos, 30 días de anticipación para que usted tenga tiempo de seleccionar un nuevo proveedor.
- Le ayudaremos a seleccionar un proveedor calificado nuevo, para continuar administrando sus necesidades de cuidados de salud.
- Si está recibiendo tratamiento médico, usted tiene derecho a pedir, y trabajaremos con usted para garantizar, que no se interrumpa el tratamiento médicamente necesario que esté recibiendo.
- Si le parece que no hemos reemplazado a su proveedor anterior por otro proveedor calificado o que su cuidado no está siendo administrado apropiadamente, usted tiene derecho a presentar un reclamo o apelación (lea en el Capítulo 9 la información sobre cómo presentar reclamos y apelaciones).

Si se entera que uno de sus proveedores abandonará nuestro plan, comuníquese con nosotros para que podamos ayudarle a encontrar un proveedor nuevo y administrar su cuidado. Llame a Servicios para Miembros al 1-844-812-6896 (TTY 711) de lunes a viernes de 8 a. m. a 8 p. m. y los sábados de 8 a. m. a 12 p. m. Es posible que los sábados por la tarde, los domingos y los feriados, se le solicite que deje un mensaje. Se responderá a su llamada al siguiente día hábil. La llamada es gratuita.

D4. Cómo obtener cuidados de proveedores fuera de la red

Si un especialista no pertenece a nuestra red, su PCP u otro proveedor de cuidados de salud será responsable de ponerse en contacto con nosotros para obtener autorización para su consulta con especialista fuera de la red. Nuestro equipo de profesionales de la salud revisará todos los pedidos de autorizaciones previas. Si el servicio no está disponible dentro de la red de nuestro plan, se aprobará su pedido. Puede haber ciertas limitaciones para la autorización, por ejemplo, en la cantidad de consultas. Si los servicios del especialista están disponibles dentro de la red de nuestro plan, la solicitud de servicios podrá ser denegada. Usted tiene siempre el derecho de apelar esta decisión.

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

- No podemos pagar a un proveedor que no es elegible para participar en Medicare y/o Medicaid.



Si tiene preguntas, llame a Neighborhood INTEGRITY al 1-844-812-6896 o al 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m.; y los sábados de 8 a. m. a 12 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

- Si visita a un proveedor que no es elegible para participar en Medicare y/o Medicaid, usted deberá pagar el costo completo de los servicios que recibe.
- Los proveedores deben informarle si son o no elegibles para participar en Medicare y/o Medicaid.

E. Cómo recibir servicios y respaldo a largo plazo (LTSS)

Los servicios y respaldos a largo plazo (LTSS) son beneficios que le ayudan a suplir sus necesidades diarias y a mejorar su calidad de vida. Los beneficios de LTSS pueden ayudar con los quehaceres de la vida diaria, como bañarse, vestirse, realizar las compras de alimentos, el lavado de la ropa, el transporte y tomar su medicación. La mayoría de estos servicios se brindan en su hogar o en su comunidad; sin embargo, podrían brindarse en un hogar para personas de la tercera edad o un hospital. Como miembro de Neighborhood INTEGRITY, se le realizará una evaluación de salud inicial para ayudar a determinar sus necesidades de LTSS. Los beneficios de LTSS están disponibles si califica para ellos. Si requiere servicios LTSS, los mismos estarán especificados en su plan de salud, que usted puede ayudar a elaborar con su equipo de cuidados de salud.

Los servicios disponibles incluyen:

- Cuidados de enfermería especializada
- Terapia física
- Modificaciones ambientales (adecuaciones en el hogar)
- Cuidados de relevo
- Servicios de ayuda para quehaceres domésticos
- Coordinación/Servicios de transición

Si necesita ayuda para obtener estos servicios, comuníquese con su administrador de atención de salud, quien lo ayudará en el proceso de determinar si reúne los requisitos de elegibilidad para Atención a Largo Plazo de Rhode Island Medicaid. Para comunicarse con su administrador de atención de salud, llame a Servicios para Miembros al 1-844-812-6896 (TTY 711) de lunes a viernes de 8 a. m. a 8 p. m. y los sábados de 8 a. m. a 12 p. m. Es posible que los sábados por la tarde, los domingos y los feriados, se le solicite que deje un mensaje. Se responderá a su llamada al siguiente día hábil. La llamada es gratuita.

F. Cómo obtener servicios de salud del comportamiento

Los servicios para los tratamientos de salud mental y uso de sustancias se denominan servicios de salud del comportamiento. Los servicios de salud del comportamiento están disponibles



Si tiene preguntas, llame a Neighborhood INTEGRITY al 1-844-812-6896 o al 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m.; y los sábados de 8 a. m. a 12 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

para todos los miembros del Neighborhood INTEGRITY. Optum™ es el administrador de la red y beneficios de salud del comportamiento para Neighborhood Health Plan de Rhode Island.

Como miembro de Neighborhood INTEGRITY, se le realizará una evaluación de salud inicial para ayudar a determinar sus necesidades de servicios de salud del comportamiento. Si requiere o podría beneficiarse con servicios de salud del comportamiento, los mismos estarán especificados en su plan de salud, que usted puede ayudar a elaborar con su equipo de cuidados de salud.

- Si tiene una inquietud, problema o atraviesa una crisis de salud del comportamiento, llame al 1-401-443-5995, que atiende las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los miembros TTY deben llamar al 711. Este número es para personas que tienen dificultades para oír o para hablar. Usted debe tener un equipo telefónico especial para llamar. La llamada es gratuita. Tenemos servicios de interpretación gratuitos para personas que no hablan inglés.

G. Cómo obtener cuidados autodirigidos

Cuidados autodirigidos es la opción de contratar a sus propios asistentes de cuidados personales (personal care attendants, PCA).

G1. Qué es el cuidado autodirigido

- Si usted decide participar en autodirigir su atención de salud, usted o la persona designada serán responsables de buscar, contratar, programar, capacitar y, si es necesario, despedir a su PCA. La autodirección de los servicios de PCA es voluntaria. La medida en que los miembros deseen autodirigirse es su decisión.

G2. Quién puede obtener cuidados autodirigidos

- Los miembros que son elegibles y reciben servicios y respaldos a largo plazo (LTSS) tienen la opción de recibir cuidados autodirigidos. Para participar en la atención autodirigida, comuníquese con su administrador de atención de salud llamando al 1-844-812-6896 (TTY 711) de lunes a viernes entre las 8:00 a. m. y las 8:00 p. m. y los sábados de 8:00 a. m. a 12:00 p. m. Es posible que los sábados por la tarde, los domingos y los feriados, se le solicite que deje un mensaje. Se responderá a su llamada al siguiente día hábil.

G3. Cómo obtener ayuda para contratar proveedores de cuidados personales

- El sitio web de Rewarding Work es un recurso en línea que ayuda a los miembros que participan en cuidados autodirigidos a encontrar PCA disponibles para emplear. Para



Si tiene preguntas, llame a Neighborhood INTEGRITY al 1-844-812-6896 o al 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m.; y los sábados de 8 a. m. a 12 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

obtener más información, ingrese a www.RewardingWork.org, o llame a su administrador de atención de salud.

H. Cómo obtener servicios de transporte

Usted podría ser elegible para un pase de autobús de tarifa reducida de RIPTA. Para obtener un pase de autobús de tarifa reducida de RIPTA, visite la oficina de identificación de RIPTA en One Kennedy Plaza, Providence, RI 02903, o la oficina de Servicios al cliente de RIPTA en 705 Elmwood Avenue, Providence, RI 02907. Llame a RIPTA al 1-401-784-9500 para obtener más información o visite <https://www.ripta.com/reducedfareprogram>.

Si usted no puede utilizar el pase de autobús RIPTA, Medicaid de Rhode Island cubre servicios de transporte para casos que no sean de emergencia. Si necesita transporte para situaciones que no sean de emergencia, llame al 1-855-330-9131 (TTY 711) o a Neighborhood INTEGRITY al 1-844-812-6896 TTY: 711. Puede solicitar transporte para atención de urgencia las 24 horas del día, los 7 días de la semana. El transporte en los casos que no revisten urgencia debe programarse por lo menos con dos días hábiles de anticipación a la cita.

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

I. Cómo obtener servicios cubiertos si tiene una emergencia médica o si requiere atención necesaria de urgencia o durante un desastre

II. Cuidados cuando tiene una emergencia médica

Definición de una emergencia médica

Una emergencia médica es una enfermedad con síntomas tales como dolor agudo o lesiones graves. La condición es tan grave que, si no recibe atención médica inmediata, usted u otra persona con un conocimiento promedio de salud y medicina podría esperar que resultase en:

- riesgo grave para su salud o la del feto; o
- daños graves a las funciones del cuerpo; o
- disfunción grave de cualquier órgano o parte del cuerpo; o
- en el caso de una embarazada en trabajo de parto, cuando:
 - no hay tiempo suficiente para transferirla sin riesgo a otro hospital antes del parto.

Si tiene preguntas, llame a Neighborhood INTEGRITY al 1-844-812-6896 o al 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m.; y los sábados de 8 a. m. a 12 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.



- el traslado a otro hospital puede suponer una amenaza para su salud o seguridad o la del feto.



Si tiene preguntas, llame a Neighborhood INTEGRITY al 1-844-812-6896 o al 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m.; y los sábados de 8 a. m. a 12 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

Qué hacer si tiene una emergencia médica

Si tiene una emergencia médica:

- **Pida ayuda lo más pronto posible.** Llame al 911 o concurra a la sala de emergencias u hospital más cercano a su domicilio. Llame a una ambulancia si la necesita. *No* tiene que obtener primero una aprobación o remisión de su PCP.
- **Informe al plan tan pronto como pueda de su emergencia.** Tenemos que darle seguimiento a su cuidado de emergencia. Usted u otra persona deberá llamar para informarnos sobre su cuidado de emergencia, por lo general, dentro de las 48 horas. Sin embargo, usted no deberá pagar por los servicios de emergencia si se retrasa en avisarnos. Llame a Servicios para Miembros o su Administrador de Atención de Salud al 1-844-812-6896 (TTY 711) de lunes a viernes de 8 a. m. a 8 p. m. y los sábados de 8 a. m. a 12 p. m. Es posible que los sábados por la tarde, los domingos y los feriados, se le solicite que deje un mensaje. Se responderá a su llamada al siguiente día hábil.

Servicios cubiertos en una emergencia médica

Usted podrá obtener cuidados de emergencia cubiertos siempre que lo necesite, en cualquier lugar de los Estados Unidos o sus territorios. Si necesita una ambulancia para ir a la sala de emergencias, nuestro plan la cubrirá. Medicare, Rhode Island Medicaid y Neighborhood INTEGRITY **no** cubren la atención médica de emergencia fuera de los Estados Unidos y sus territorios. Para obtener más información, consulte la Tabla de Beneficios del Capítulo 4, Sección D.

Si tiene una emergencia, hablaremos con los proveedores que le den cuidado de emergencia. Esos proveedores nos avisarán cuando termine su emergencia médica.

Cuando termine la emergencia, es posible que necesite cuidado de seguimiento para asegurar su recuperación. Su cuidado de seguimiento estará cubierto por nuestro plan. Si recibe cuidados de emergencia de proveedores fuera de la red, trataremos de conseguir proveedores de la red para que se hagan cargo de su atención lo más pronto posible.

Qué hacer si tiene una emergencia de salud del comportamiento

Si tiene un problema de salud del comportamiento o atraviesa una crisis, llame a la Línea de Emergencia de Salud del Comportamiento al 1-401-443-5995, que atiende las 24 horas del día, 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

Los miembros TTY deben llamar al 711. Disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Este número es para personas que tienen dificultades para oír o para hablar. Usted debe tener un equipo telefónico especial para llamar. La llamada es gratuita.

Tenemos servicios de interpretación gratuitos para personas que no hablan inglés.



Si tiene preguntas, llame a Neighborhood INTEGRITY al 1-844-812-6896 o al 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m.; y los sábados de 8 a. m. a 12 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

Cómo recibir cuidados de emergencia si no fuese una emergencia

A veces, puede ser difícil saber si se tiene una emergencia médica o de salud del comportamiento. Usted podría pedir cuidados de emergencia, pero el proveedor podría decir que realmente no era una emergencia. Si usted razonablemente haya creído que su salud corría un riesgo grave, cubriremos su cuidado.

Sin embargo, después de que el proveedor diga que no era una emergencia, cubriremos su cuidado adicional solo si:

- usted visita a un proveedor de la red, **o**
- el cuidado que reciba se considere “atención necesaria de urgencia” y usted sigue las reglas para obtener esa atención. (Lea la siguiente sección.)

12. Atención necesaria de urgencia

Definición de atención necesaria de urgencia

La atención necesaria de urgencia es atención que se recibe por una enfermedad, lesión o afección repentina, y que no es una emergencia pero requiere atención inmediata. Por ejemplo, una enfermedad existente se puede agudizar y requerir tratamiento urgente.

Atención necesaria de urgencia cuando está en el área de servicio del plan

En la mayoría de las situaciones, cubriremos la atención necesaria de urgencia, solo si:

- recibe este cuidado de salud a través de un proveedor de la red, **y**
- sigue las otras reglas descritas en este capítulo.

Sin embargo, si no puede visitar a un proveedor de la red, cubriremos la atención necesaria de urgencia que usted reciba de un proveedor fuera de la red.

Para obtener servicios necesarios de urgencia, usted debe concurrir al centro de atención de urgencias que esté abierto más cercano a su domicilio. Si usted está buscando atención de urgencia en nuestra área de servicios, debe consultar el Directorio de proveedores y farmacias para encontrar los centros de atención de urgencias de la red de nuestro plan.

Atención necesaria de urgencia cuando está fuera del área de servicio del plan

Cuando está fuera del área de servicio del plan, podría no ser posible que obtenga cuidado de proveedores de la red. En ese caso, nuestro plan cubrirá la atención necesaria de urgencia que usted reciba de cualquier proveedor.



Si tiene preguntas, llame a Neighborhood INTEGRITY al 1-844-812-6896 o al 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m.; y los sábados de 8 a. m. a 12 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

Nuestro plan no cubre la atención necesaria de urgencia ni ningún otro cuidado de emergencia o fuera de emergencias que usted reciba fuera de los Estados Unidos.

I3. Cuidados durante un desastre

Si el gobernador de su estado, el secretario de Servicios Humanos y de Salud de los Estados Unidos o el presidente de los Estados Unidos declaran un estado de desastre o un estado de emergencia en su área geográfica, usted aún tiene derecho a recibir atención de salud de Neighborhood INTEGRITY.

Visite nuestro sitio web para obtener información sobre cómo obtener cuidado necesario durante un desastre declarado: www.nhpri.org/INTEGRITY.

Durante un desastre declarado, si no puede usar un proveedor de la red, permitiremos que usted reciba cuidado de proveedores fuera de la red sin costo alguno para usted. Si no puede usar una farmacia de la red durante un desastre declarado, podrá surtir sus medicamentos de receta en una farmacia fuera de la red. Consulte el Capítulo 5, Sección A8 para obtener más información.

J. Qué hacer si le cobran directamente los servicios cubiertos por nuestro plan

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

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

Si pagó por sus servicios cubiertos o si usted recibió una factura por servicios médicos cubiertos, consulte el Capítulo 7, Sección A, para saber qué hacer.

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

Neighborhood INTEGRITY cubre todos los servicios:

- que sean médicamente necesarios, **y**
- que aparezcan en la Tabla de Beneficios del plan (consulte el Capítulo 4, Sección D), **y**
- que usted recibe siguiendo las reglas del plan.

Si usted recibe servicios que no tienen la cobertura de nuestro plan, **tendrá que pagar el costo total usted mismo.**



Si tiene preguntas, llame a Neighborhood INTEGRITY al 1-844-812-6896 o al 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m.; y los sábados de 8 a. m. a 12 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

Si quiere saber si pagaremos algún servicio médico o atención, tiene derecho a preguntarnos. Usted tiene también derecho a formular su pregunta por escrito. Si decidimos que no pagaremos por esos servicios, usted tiene derecho a apelar nuestra decisión.

En el Capítulo 9, Sección 5.2, encontrará la explicación de qué hacer si usted quiere que el plan cubra un servicio o artículo médico. También encontrará la explicación para saber cómo apelar una decisión sobre la cobertura del plan. También puede llamar a Servicios para miembros y obtener más información sobre sus derechos de apelación.

Pagaremos ciertos servicios hasta un determinado límite. Si se pasa de ese límite, usted tendrá que pagar el costo total para obtener más servicios de ese tipo. Llame a Servicios para miembros para averiguar cuáles son los límites y si está cerca de alcanzarlos.

K. Cobertura de sus servicios de cuidado de salud cuando usted está participando en un estudio de investigación clínica

K1. Definición de una investigación clínica

Un estudio de investigación clínica (conocido también como prueba clínica) es una de las formas en que los médicos y otros proveedores prueban nuevos tipos de cuidado de salud o medicamentos. Ellos solicitan voluntarios para el estudio. Este tipo de estudio ayuda a los proveedores a decidir si una nueva forma de cuidado de salud o medicamento funciona y si son seguros.

Una vez que Medicare apruebe un estudio en el que usted desea participar, alguien que trabaje en el estudio se comunicará con usted. Esa persona le hablará del estudio y decidirá si usted es elegible para participar. Usted podrá participar en el estudio si cumple con las condiciones necesarias. También debe entender y aceptar lo que debe hacer en el estudio.

Mientras participe en el estudio, usted seguirá inscrito en nuestro plan. De ese modo, podrá seguir obteniendo de nuestro plan los cuidados de salud que no estén relacionados con el estudio.

Si desea participar en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, *no* necesita obtener aprobación nuestra ni de su proveedor de cuidados primarios. Los proveedores que le proporcionen cuidados de salud como parte del estudio *no* tienen que ser proveedores de la red.

Pero usted sí debe avisarnos antes de comenzar a participar en un estudio de investigación clínica. Si planea participar en un estudio de investigación clínica, usted o su administrador de atención de salud deben comunicarse con Servicios para Miembros para informarnos que usted participará en un estudio clínico.



Si tiene preguntas, llame a Neighborhood INTEGRITY al 1-844-812-6896 o al 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m.; y los sábados de 8 a. m. a 12 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

K2. Pago por servicios cuando usted está participando en un estudio de investigación clínica

Si participa como voluntario en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, usted no pagará por los servicios cubiertos bajo el estudio y Medicare pagará los servicios cubiertos bajo el estudio, así como los costos de rutina asociados con su cuidado. Una vez que se registre en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, usted tendrá cubierta la mayoría de los artículos y servicios que reciba como parte del estudio. Esto incluye:

- Alojamiento y comida por una estadía en el hospital, la que Medicare pagaría aun cuando usted no estuviese en un estudio.
- Una operación u otro procedimiento médico que sea parte del estudio de investigación.
- El tratamiento de todos los efectos secundarios y complicaciones del nuevo cuidado.

Si usted forma parte de un estudio que Medicare **no ha aprobado**, usted tendrá que pagar cualquier costo de su participación en el estudio.

K3. Cómo aprender más sobre estudios de investigación clínica

Podrá obtener más información sobre cómo participar en un estudio de investigación clínica, leyendo “Medicare & Clinical Research Studies” 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 del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

L. Cómo están cubiertos sus servicios de cuidado de salud cuando recibe cuidados de salud en una institución religiosa no médica para cuidados de salud

L1. Definición de una institución religiosa no médica para cuidados de salud

Una institución religiosa no médica para cuidados de salud es un lugar que proporciona cuidados que normalmente obtendría en un hospital o institución de enfermería especializada. Si recibir cuidado en un hospital o institución de enfermería especializada va en contra de sus creencias religiosas, entonces cubriremos el cuidado en una institución religiosa no médica para su cuidado de salud.

Usted puede elegir recibir cuidado de salud en cualquier momento y por cualquier motivo. Este beneficio solamente es para los servicios como paciente interno de Medicare Parte A (los servicios de cuidado de salud no médicos). Medicare pagará solamente por los servicios de



Si tiene preguntas, llame a Neighborhood INTEGRITY al 1-844-812-6896 o al 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m.; y los sábados de 8 a. m. a 12 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

cuidado de salud no médicos proporcionados por instituciones religiosas no médicas de cuidado de salud.

L2. Cómo recibir cuidados de salud de una institución religiosa no médica de cuidados de salud

Para recibir atención de una institución religiosa no médica para cuidados de salud, debe firmar un documento legal que diga que está en contra de recibir tratamiento médico “no excluido”.

- Tratamiento médico “no excluido” es cualquier cuidado voluntario y no exigido por la ley federal, estatal o local.
- Tratamiento médico “excluido” es cualquier cuidado que no sea voluntario y que sea exigido de conformidad con la ley federal, estatal o local.

Para que nuestro plan cubra el cuidado que recibe en una institución religiosa no médica, este cuidado debe cumplir con las siguientes condiciones:

- El establecimiento que proporcione el cuidado debe estar certificado por Medicare.
- Los servicios cubiertos por nuestro plan se limitan a aspectos no religiosos del cuidado de salud.
- Si usted recibe servicios de esta institución y son proporcionados en sus instalaciones se aplicarán las siguientes condiciones:
 - Usted debe tener una condición médica que le permita obtener servicios cubiertos para recibir cuidados como paciente ingresado en un hospital o en un centro de cuidados de enfermería especializada.
 - Deberá obtener aprobación de nuestro plan antes de ser ingresado en la institución o su estadía no tendrá cobertura.

La cobertura de la hospitalización es ilimitada. La cobertura se basa en la necesidad médica y requiere autorización previa. Para obtener más información sobre cobertura de hospitalización, consulte la Tabla de Beneficios del Capítulo 4.

M. Equipo médico duradero (DME)

M1. DME como un miembro de nuestro plan

DME se refiere a ciertos artículos pedidos por un proveedor para que usted los use en su casa. Ejemplos de estos artículos son sillas de ruedas, muletas, sistemas de camas eléctricas, suministros para diabéticos, camas de hospital pedidas por un proveedor para usar en el hogar, bombas de infusión intravenosa (IV), dispositivos de generación de voz, equipos y suministros de oxígeno, nebulizadores y andadores.

Si tiene preguntas, llame a Neighborhood INTEGRITY al 1-844-812-6896 o al 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m.; y los sábados de 8 a. m. a 12 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.



Usted siempre será dueño de ciertos artículos, por ejemplo, las prótesis.

En esta sección, hablamos de DME que usted debe alquilar. Como miembro de Neighborhood INTEGRITY, el artículo DME no pasará a ser de su propiedad, sin importar el tiempo que lo alquile.

En determinadas situaciones, le transferiremos la propiedad del artículo DME. Llame a Servicios para miembros para conocer los requisitos que debe cumplir y los documentos que debe proporcionar.

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

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

Nota: Puede encontrar las definiciones de los planes Original Medicare y Medicare Advantage en el Capítulo 12. También puede encontrar más información sobre ellos en el Manual *Medicare y Usted 2020*. Si no tiene una copia de este folleto, puede obtenerla visitando el sitio web de Medicare (<http://www.medicare.gov>) o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Usted tendrá que hacer 13 pagos continuos conforme a Original Medicare, o deberá realizar la cantidad de pagos seguidos establecido por el plan Medicare Advantage, para poder ser propietario del artículo DME si:

- usted no se convirtió en propietario del artículo DME mientras estuvo en nuestro plan y
- usted se retira de nuestro plan y obtiene sus beneficios de Medicare fuera de cualquier plan de salud del programa Original Medicare o un plan Medicare Advantage.

Si realizó pagos por el artículo DME a través de Original Medicare o un plan Medicare Advantage antes de inscribirse en nuestro plan, **esos pagos del plan Original Medicare o Medicare Advantage no contarán para los pagos que debe realizar después de abandonar nuestro plan.**

- Usted tendrá que hacer 13 pagos continuos conforme a Original Medicare, o varios pagos nuevos continuos establecidos por el plan Medicare Advantage, para poder ser propietario del artículo.
- No hay excepciones a esto cuando usted regresa a Original Medicare o un plan Medicare Advantage.



Si tiene preguntas, llame a Neighborhood INTEGRITY al 1-844-812-6896 o al 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m.; y los sábados de 8 a. m. a 12 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

Capítulo 4: Tabla de beneficios

Introducción

Este capítulo le informa sobre los servicios que Neighborhood INTEGRITY cubre y cualquier restricción o límite sobre dichos servicios. También le informa sobre beneficios no cubiertos por nuestro plan. Las palabras importantes y sus definiciones se encuentran en orden alfabético en el último capítulo del *Manual del miembro*.

Índice

A. Sus servicios cubiertos.....	50
B. Reglas contra los proveedores que le cobran por los servicios.....	50
C. Tabla de Beneficios de nuestro plan	50
D. Tabla de Beneficios.....	52
E. Beneficios cubiertos fuera del plan de Neighborhood INTEGRITY	89
E1. Cuidados de hospicio o paliativos	89
E2. Servicios dentales	90
E3. Transporte que no sea de emergencia.....	90
E4. Servicios residenciales para personas con discapacidades intelectuales y del desarrollo.....	91
E5. Servicios de estabilización de vivienda	91
F. Beneficios que no están cubiertos por Neighborhood INTEGRITY, Medicare ni Rhode Island Medicaid	91



Si tiene preguntas, llame a Neighborhood INTEGRITY al 1-844-812-6896 o al 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m.; y los sábados de 8 a. m. a 12 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

A. Sus servicios cubiertos

En este capítulo se explica cuáles servicios paga Neighborhood INTEGRITY. También se enterará de cuáles son 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 que tienen algunos servicios.

Si usted es elegible o recibe servicios y respaldos a largo plazo (LTSS), es posible que deba pagar parte del costo de estos servicios. La cantidad la determina el programa Medicaid de Rhode Island. Si usted no recibe LTSS o no es elegible para recibir esta prestación, usted no deberá pagar por sus servicios cubiertos, siempre y cuando cumpla con las reglas del plan. Consulte el Capítulo 3, Sección B para conocer los detalles sobre las reglas del plan.

Si necesita ayuda para entender cuáles servicios están cubiertos, llame a su administrador de atención de salud y/o 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. Es posible que los sábados por la tarde, los domingos y los feriados, se le solicite que deje un mensaje. Se responderá a su llamada al siguiente día hábil.

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

No permitimos que los proveedores de Neighborhood INTEGRITY le cobren por sus servicios cubiertos. Nosotros pagamos a nuestros proveedores directamente y le evitamos que usted tenga que pagar facturas. Esta es la norma, incluso si le pagamos al proveedor menos de lo que el proveedor cobra por un servicio.

Usted no debería recibir nunca una factura de un proveedor por servicios cubiertos. Si esto pasa, consulte el Capítulo 7, Sección A o llame a Servicios para Miembros. La única excepción es si usted está recibiendo LTSS y Medicaid de Rhode Island dice que usted tiene que pagar parte del costo de estos servicios.

C. Tabla de Beneficios de nuestro plan

La Tabla de Beneficios le indica cuáles servicios están cubiertos por el plan. Allí encontrará listas de categorías de servicios por orden alfabético y explica qué servicios están cubiertos.

Pagaremos los servicios indicados en la Tabla de Beneficios solamente cuando se cumplan las siguientes normas. A menos que usted reciba servicios y respaldos a largo plazo (LTSS) o sea elegible para esta prestación, usted no pagará nada por los servicios indicados en la Tabla de Beneficios siempre y cuando cumpla con los requisitos de cobertura que se explican a continuación. Si usted es elegible o recibe LTSS, es posible que deba pagar



Si tiene preguntas, llame a Neighborhood INTEGRITY al 1-844-812-6896 o al 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m.; y los sábados de 8 a. m. a 12 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

parte del costo de estos servicios. La cantidad la determina el programa Medicaid de Rhode Island.

- Sus servicios cubiertos de Medicare y Medicaid de Rhode Island deben ser proporcionados de acuerdo con las reglas establecidas por Medicare y Medicaid de Rhode Island.
- Los servicios (incluido el cuidado médico, servicios, suministros, equipo y medicamentos) deben ser médicamente necesarios. Médicamente necesario significa servicios médicos, quirúrgicos u otros que usted necesita para prevenir, diagnosticar o tratar una enfermedad o para mantener su estado de salud actual. Esto incluye cuidados que prevengan que usted sea ingresado en un hospital o en un hogar para personas de la tercera edad. También incluye los servicios, insumos o medicamentos que cumplan con estándares aceptados por la práctica médica. Médicamente necesario incluye servicios para evitar que empeore una enfermedad.
- Recibe su cuidado de salud a través 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 el cuidado que reciba de un proveedor fuera de la red. En el Capítulo 3, Sección D, encontrará más información sobre cómo usar los proveedores de la red y los proveedores fuera de la red.
- Usted tiene un proveedor de cuidados primarios (PCP) o un equipo de cuidado de salud que le proporciona y administra sus servicios de salud.
- Algunos de los servicios incluidos en la Tabla de beneficios están cubiertos solo si su médico u otro proveedor de la red obtiene primero nuestra aprobación. Este trámite se denomina autorización previa. Los servicios cubiertos que necesitan autorización previa están marcados con un asterisco (*) en la Tabla de Beneficios.
- Usted verá esta manzana 🍏 al lado de los servicios preventivos en la Tabla de Beneficios



Si tiene preguntas, llame a Neighborhood INTEGRITY al 1-844-812-6896 o al 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m.; y los sábados de 8 a. m. a 12 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

D. Tabla de Beneficios

Servicios pagados por nuestro plan		Lo que usted debe pagar
	Detección de aneurisma aórtico abdominal El plan pagará por única vez una ecografía de detección para las personas en riesgo. El plan solamente cubre este examen si usted tiene ciertos factores de riesgo y obtiene una remisión para el examen de su médico, auxiliar médico, enfermera de práctica avanzada o enfermera especialista clínica.	\$0
	Aborto* El plan no pagará por abortos, salvo en caso de violación o incesto, o si el embarazo amenaza la vida de la madre. *Se requiere autorización previa.	\$0
	Servicios diurnos para adultos* El plan pagará por servicios de día para adultos. El plan cubre dos niveles de servicios de día para adultos: nivel básico de servicios y nivel superior de servicios. Algunos ejemplos de servicios de día para adultos: • Actividades sociales y recreativas • Comidas • Enfermería o atención de heridas *Es posible que se requiera una autorización previa.	\$0
	Examen y orientación por abuso de alcohol El plan pagará por exámenes para establecer el abuso de alcohol. Si el resultado de su examen por abuso de alcohol es positivo, el plan cubrirá sesiones de consejería con un proveedor calificado o médico.	\$0

Si tiene preguntas, llame a Neighborhood INTEGRITY al 1-844-812-6896 o al 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m.; y los sábados de 8 a. m. a 12 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

Servicios pagados por nuestro plan		Lo que usted debe pagar
	Servicios de ambulancia* Los servicios de ambulancia cubiertos incluyen servicios aéreos y terrestres. La ambulancia le llevará al lugar más cercano donde puedan atenderle. Su enfermedad debe ser tan grave que si lo llevan a algún lugar de cuidados por otros medios, podría poner en riesgo su vida o su salud. Los servicios de ambulancia para otros casos deben ser aprobados por el plan. En aquellos casos que no sean emergencias, el plan podría pagar por el servicio de una ambulancia. Su enfermedad debe ser tan grave que si lo llevan a algún lugar de cuidados por otros medios, podría poner en riesgo su vida o su salud. *Es posible que se requiera una autorización previa para servicios de Medicare que no sean de emergencia.	\$0
	Visita anual para el cuidado de la salud El plan pagará por una revisión anual una vez cada 12 meses. Este examen tiene como fin actualizar o elaborar un plan preventivo basado en sus factores de riesgo actuales.	\$0
	Medición de la masa ósea (de los huesos) El plan pagará ciertos procedimientos para los miembros elegibles (generalmente, personas con riesgo de perder masa ósea o con riesgo de osteoporosis). Estos procedimientos identifican la masa de los huesos, encuentran si hay pérdida ósea o miden la calidad de los huesos. El plan también pagará por un proveedor que estudie y comente los resultados. Este servicio se limita a uno (1) cada veinticuatro (24) meses.	\$0
	Exámenes para detectar el cáncer de seno (mamografías) El plan pagará por mamografías y exámenes clínicos de los senos. Este servicio se limita a uno (1) cada doce (12) meses.	\$0



Si tiene preguntas, llame a Neighborhood INTEGRITY al 1-844-812-6896 o al 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m.; y los sábados de 8 a. m. a 12 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

Servicios pagados por nuestro plan		Lo que usted debe pagar
	Servicios de rehabilitación cardíaca (del corazón) El plan pagará por servicios de rehabilitación del corazón, como ejercicios, educación y consejería. Los miembros deben cumplir con ciertas condiciones de acuerdo con una orden de un proveedor. El plan también cubre programas de rehabilitación cardíaca intensiva, los cuales son más intensos que los programas de rehabilitación cardíaca normales.	\$0
	Consultas para reducir el riesgo de enfermedades cardiovasculares (terapia para enfermedades del corazón) El plan paga consultas con su proveedor de cuidados primarios para ayudarle a reducir el riesgo de enfermedades del corazón. Durante esta visita, su proveedor puede: • hablarle sobre el uso de la aspirina, • revisar su presión arterial (de la sangre), o • darle consejos para asegurarse de que usted esté comiendo bien.	\$0
	Exámenes para la detección de enfermedades cardiovasculares (del corazón) El plan paga por análisis de sangre para saber si usted tiene una enfermedad cardiovascular. Estos análisis de sangre también detectan defectos a causa de un alto riesgo de enfermedades del corazón. Este servicio se limita a uno (1) cada sesenta (60) meses.	\$0
	Terapias alternativas del plan de cuidados*	\$0
	El plan pagará los servicios que su equipo de cuidados haya identificado en su plan de cuidados individual. Algunos ejemplos de estos servicios son: • Acupuntura • Servicios quiroprácticos Este beneficio continúa en la página siguiente.	\$0



Si tiene preguntas, llame a Neighborhood INTEGRITY al 1-844-812-6896 o al 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m.; y los sábados de 8 a. m. a 12 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

Servicios pagados por nuestro plan		Lo que usted debe pagar
	Terapias alternativas del plan de cuidados* (continuación) • Servicios de ayuda para quehaceres domésticos • Terapia de masajes • Servicio de comidas a domicilio • Clases de meditación • Sistema personal de respuesta ante emergencias (PERS) • Practicar yoga *Es posible que se requiera una autorización previa.	
	Examen para detectar cáncer de cuello de útero y vaginal El plan pagará por pruebas de Papanicolau y exámenes pélvicos. Este servicio se limita a uno (1) cada doce (12) meses.	\$0
	Servicios quiroprácticos* El plan pagará por los siguientes servicios: • Ajustes de la columna vertebral para corregir la alineación *Se requiere autorización previa.	\$0
	Exámenes para detectar el cáncer colorrectal El plan pagará por los siguientes servicios: • Sigmoidoscopia flexible (o enema de bario exploratorio) • Prueba de sangre oculta en materia fecal • Colonoscopia exploratoria (o enema de bario exploratorio) • Prueba de sangre oculta en materia fecal a base de guayacol o prueba inmunoquímica fecal, cada doce (12) meses o según sea médicamente necesario • Prueba de detección colorrectal a base de ADN, cada tres (3) años o según sea médicamente necesario • La prueba de detección Cologuard® se limita a uno (1) cada veinticuatro (24) meses con un límite de edad de 50 a 85 años.	\$0



Si tiene preguntas, llame a Neighborhood INTEGRITY al 1-844-812-6896 o al 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m.; y los sábados de 8 a. m. a 12 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

Servicios pagados por nuestro plan		Lo que usted debe pagar
	Consejería para dejar de fumar o consumir tabaco Si usted usa tabaco, el plan pagará por consejería en persona para ayudarle a dejar de fumar o consumir tabaco. El plan también pagará por consejería y respaldo telefónico.	\$0
	Exámenes para detectar la depresión El plan pagará por exámenes para detectar la depresión. Las pruebas de detección se deben realizar en un lugar de cuidado primario donde usted pueda recibir tratamiento de seguimiento y remisiones. Este servicio se limita a una (1) evaluación cada doce (12) meses.	\$0
	Exámenes para detectar diabetes El plan pagará exámenes de detección precoz de diabetes (incluye pruebas de glucosa en ayunas). Este servicio se limita a uno (1) cada doce (12) meses. Este servicio se cubre cada seis (6) meses para los miembros a los que se les ha diagnosticado pre-diabetes.	\$0
	Capacitación en control personal, servicios y suministros para el control de la diabetes* El plan pagará por los siguientes servicios para todas las personas que tengan diabetes (si usan o no insulina): - Suministros para vigilar los niveles de glucosa en sangre, entre otros: - Un monitor de glucosa en sangre Este beneficio continúa en la página siguiente.	\$0



Si tiene preguntas, llame a Neighborhood INTEGRITY al 1-844-812-6896 o al 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m.; y los sábados de 8 a. m. a 12 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

	Capacitación en control personal, servicios y suministros para el control de la diabetes* (continuación) ○ Tiras de prueba para glucosa en sangre: ▪ Miembros dependientes de la <u>insulina</u> o mujeres con diabetes gestacional: ➤ Se aplica un límite de cien (100) tiras de prueba cada treinta (30) días cuando se reciben de un proveedor de Equipos Médicos Duraderos (DME). ➤ Se aplica un límite de cien (100) tiras de prueba cada veinticinco (25) días cuando se reciben en una farmacia. ▪ Miembros que <u>no</u> dependen de la <u>insulina</u>: ➤ Se aplica un límite de cien (100) tiras de prueba cada noventa (90) días cuando se reciben de un proveedor de Equipos Médicos Duraderos (DME). ➤ Se aplica un límite de cien (100) tiras de prueba cada noventa (90) días cuando se reciben en una farmacia. ○ Dispositivos para lanceta y lancetas ○ Soluciones para el control de glucosa para comprobar la exactitud de las tiras de prueba y los monitores • Para las personas con diabetes que tengan enfermedades graves en los pies, el plan pagará los siguientes servicios: ○ Un (1) par de zapatos terapéuticos hechos a medida (incluidas las plantillas) y dos (2) pares adicionales de plantillas por año, o ○ Un (1) par de zapatos de profundidad (hondos) y tres (3) pares de plantillas por año (sin incluir las plantillas removibles que no están hechas a medida proporcionadas con estos zapatos) • El plan también pagará por la adaptación de zapatos terapéuticos hechos a medida o profundos. • En algunos casos, el plan pagará por educación para ayudarle a controlar la diabetes. Es posible que se apliquen limitaciones sobre las marcas y fabricantes para suministros cuando se reponen en una farmacia. *Es posible que se requiera una autorización previa.	\$0
---	---	------------



Si tiene preguntas, llame a Neighborhood INTEGRITY al 1-844-812-6896 o al 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m.; y los sábados de 8 a. m. a 12 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

Servicios pagados por nuestro plan	Lo que usted debe pagar
Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados* (Consulte en el Capítulo 12 de este manual la definición de “Equipo Médico Duradero [DME]”) Los siguientes son ejemplos de DME cubiertos: • Silla de ruedas • Muletas • Sistemas de camas eléctricas • Suministros para diabéticos • Camas de hospital ordenadas por un proveedor para uso en el hogar • Bombas de infusión intravenosa (IV) • Dispositivos de generación de voz • Equipo e insumos para oxígeno • Nebulizadores • Andadores Otros artículos podrían estar cubiertos. Con este <i>Manual del Miembro</i>, le enviamos la lista de DME de Neighborhood INTEGRITY. La lista le indica las marcas y fabricantes de DME que pagaremos. Esta lista más reciente de marcas, fabricantes y proveedores también está disponible en nuestro sitio web, en www.nhpri.org/INTEGRITY. Por lo general, Neighborhood INTEGRITY cubre cualquier (DME) cubierto por Medicare y Medicaid de Rhode Island de las marcas y fabricantes incluidos en esta lista. No cubriremos otras marcas y fabricantes, salvo que su médico u otro proveedor nos indiquen que usted necesita dicha marca. Sin embargo, si usted es nuevo en Neighborhood INTEGRITY y está usando una marca de DME que no está incluida en la lista, continuaremos pagando por dicha marca durante un máximo de 180 días. Durante ese tiempo, usted debería hablar con su proveedor para decidir qué marca es médicamente apropiada para usted después de ese período de 180 días. (Si usted no está de acuerdo con su proveedor, puede pedirle que lo refiera para obtener una segunda opinión). Este beneficio continúa en la página siguiente.	\$0



Si tiene preguntas, llame a Neighborhood INTEGRITY al 1-844-812-6896 o al 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m.; y los sábados de 8 a. m. a 12 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

Servicios pagados por nuestro plan	Lo que usted debe pagar
Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados* (continuación) Si usted (o su proveedor) no están de acuerdo con la decisión de cobertura del plan, usted o su proveedor pueden presentar una apelación. También puede presentar una apelación si no está de acuerdo con la decisión de su proveedor con respecto a qué producto o marca es la apropiada para su problema médico. (Para obtener más información sobre apelaciones, consulte el Capítulo 9). *Se pueden requerir una autorización previa y límites de cantidad.	\$0
Cuidados médicos de emergencia Cuidado de emergencia significa servicios que son: • ofrecidos por un proveedor capacitado para dar servicios de emergencia, y • necesarios para tratar una emergencia médica. Una emergencia médica es un problema médico acompañado por un dolor intenso o una lesión grave. Dicha condición es tan grave que, si no recibe atención médica inmediata, cualquier persona con un conocimiento promedio de salud y medicina podría esperar que cause: • riesgo grave para su salud o la del feto; o • daños graves a las funciones del cuerpo; o • disfunción grave de cualquier órgano o parte del cuerpo; o • en el caso de una embarazada en trabajo de parto, cuando: ○ no hay tiempo suficiente para transferirla sin riesgo a otro hospital antes del parto. ○ Cuidados de emergencia, el traslado a otro hospital puede significar una amenaza para su salud o seguridad o la del feto. El plan pagará cuidados médicos de emergencia y servicios de transporte de emergencia. La cobertura se limita exclusivamente a Estados Unidos y sus territorios.	\$0 Si usted recibe cuidados de emergencia en un hospital fuera de la red y necesita cuidado como paciente interno después que su emergencia ha sido estabilizada, usted deberá regresar a un hospital de la red para que continuemos pagando por su cuidado. Usted podrá seguir recibiendo cuidados como paciente interno en un hospital fuera de la red solamente si el plan aprueba su estadía).



Si tiene preguntas, llame a Neighborhood INTEGRITY al 1-844-812-6896 o al 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m.; y los sábados de 8 a. m. a 12 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

Servicios pagados por nuestro plan	Lo que usted debe pagar
Modificaciones ambientales o del hogar* El plan pagará por cambios en su hogar o vehículo para ayudarle a vivir seguro en su hogar. Los siguientes son ejemplos de servicios cubiertos: • Barras de asidero • Sillas para ducha • Utensilios para comer • Asientos elevados para inodoro • Rampas para silla de ruedas • Postes verticales Es posible que haya otros servicios cubiertos. *Se requiere autorización previa.	\$0
Servicios de planificación familiar La ley permite que usted elija a cualquier proveedor para recibir ciertos servicios de planificación familiar. Esto quiere decir que usted puede recibir servicios de planificación familiar de cualquier proveedor, clínica, hospital, farmacia u oficina de planificación familiar. El plan pagará por los siguientes servicios: • Examen y tratamiento médico de planificación familiar • Exámenes de laboratorio y de diagnóstico de planificación familiar • Métodos de planificación familiar (píldoras, parches, diafragma, dispositivo intrauterino, inyecciones, implantes para el control de la natalidad) • Suministros de planificación familiar con receta (condón, esponja, espuma, gel, diafragma, barrera uterina) • Consejería y diagnóstico sobre infertilidad y servicios relacionados Este beneficio continúa en la página siguiente.	\$0



Si tiene preguntas, llame a Neighborhood INTEGRITY al 1-844-812-6896 o al 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m.; y los sábados de 8 a. m. a 12 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

Servicios pagados por nuestro plan	Lo que usted debe pagar
Servicios de planificación familiar (Continuación) • Consejería y exámenes para enfermedades de transmisión sexual (STI), SIDA y otras enfermedades relacionadas con el VIH. • Tratamiento de infecciones de transmisión sexual (STI). • Esterilización voluntaria (usted debe tener 21 años de edad o más, y debe firmar un formulario federal de consentimiento para la esterilización. Entre la fecha de la firma y la fecha de la cirugía deben pasar por lo menos 30 días, pero no más de 180 días.) • Consultas sobre genética El plan también pagará por otros servicios de planificación familiar. Sin embargo, usted deberá ver a un proveedor de la red para poder recibir los siguientes servicios: • Tratamiento del SIDA y otras enfermedades relacionadas con el VIH, incluido la administración de casos médicos para las personas que viven con VIH/SIDA y servicios de administración de casos no médicos para personas que viven con VIH/SIDA o estén en riesgo de tener VIH. • Pruebas genéticas	\$0
 Programas de educación de salud y bienestar El plan pagará por control de enfermedades y programas de salud para ayudarle a entender mejor las enfermedades y sus preocupaciones de salud. El plan paga por programas de educación grupal e individual, entre otros, servicios de tratamientos nutricionales y control de peso, cuando estos estén a cargo de un dietista con licencia. Las enfermedades crónicas como asma, diabetes y enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) pueden ser difíciles de manejar. El plan también pagará por exámenes y medicamentos especiales para ayudar a mantener bajo control su enfermedad y mantenerse sano.	\$0



Si tiene preguntas, llame a Neighborhood INTEGRITY al 1-844-812-6896 o al 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m.; y los sábados de 8 a. m. a 12 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

Servicios pagados por nuestro plan	Lo que usted debe pagar
Servicios para la audición El plan paga pruebas de rutina de audición y de equilibrio realizadas por su proveedor. Estas pruebas mostrarán si necesita tratamiento médico. Serán cubiertas como cuidado de paciente externo si las recibe de un médico, audiólogo u otro proveedor calificado. El plan también cubre audífonos y evaluaciones para el ajuste de audífonos cada tres años.	\$0
 Exámenes de VIH El plan paga por exámenes y pruebas de detección de VIH. El plan también paga por la administración de casos médicos para las personas que viven con VIH/SIDA y servicios de administración de casos no médicos para personas que viven con VIH/SIDA o estén en riesgo de tener VIH. Este servicio se limita a una (1) evaluación cada doce (12) meses. Se cubren pruebas de detección adicionales para miembros que están embarazadas.	\$0
Servicios de cuidado en el hogar* El plan pagará servicios de cuidado personal, tales como, ayuda para vestirse y comer, y servicios domésticos, como lavado de ropa y compras. Los servicios de cuidados en el hogar no incluyen cuidados de relevo o cuidados diurnos. También es posible que el plan pague otros servicios que no están incluidos aquí. *Se requiere autorización previa.	\$0
Agencias de cuidado de salud en el hogar* Antes de que pueda recibir servicios de salud en el hogar, un proveedor debe informarnos que usted necesita estos servicios, y los servicios deben ser proporcionados por una agencia de cuidados en el hogar. Este beneficio continúa en la página siguiente.	\$0



Si tiene preguntas, llame a Neighborhood INTEGRITY al 1-844-812-6896 o al 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m.; y los sábados de 8 a. m. a 12 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

Servicios pagados por nuestro plan	Lo que usted debe pagar
Agencias de cuidado de salud en el hogar* (Continuación) El plan pagará por los siguientes servicios: • Servicios de enfermería especializada, asistente de enfermería certificado y servicios de asistente de salud en el hogar de tiempo completo, de tiempo parcial o intermitente • Terapia física, terapia ocupacional y terapia del habla • Servicios médicos y sociales • Equipamiento y suministros médicos También es posible que el plan pague otros servicios que no están incluidos aquí. *Es posible que se requiera una autorización previa.	\$0
Cuidados de hospicio o paliativos Usted puede obtener cuidados de cualquier programa de hospicio certificado por Medicare. Usted tiene derecho a elegir un hospicio si su proveedor y el director médico del hospicio determinan que usted tiene un pronóstico médico terminal. Esto significa que usted tiene una enfermedad terminal y se espera que tenga seis meses o menos de vida. Su proveedor de hospicio puede ser un proveedor de la red o un proveedor fuera de la red. El plan pagará por los siguientes servicios mientras usted recibe servicios en un hospicio: • Medicamentos para tratar los síntomas y el dolor • Cuidados de relevo a corto plazo • Cuidados en el hogar Los servicios de cuidado paliativo y 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. Este beneficio continúa en la página siguiente.	\$0



Si tiene preguntas, llame a Neighborhood INTEGRITY al 1-844-812-6896 o al 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m.; y los sábados de 8 a. m. a 12 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

Servicios pagados por nuestro plan	Lo que usted debe pagar
Cuidados de hospicio o paliativos* (Continuación) Para los servicios cubiertos por Neighborhood INTEGRITY pero que no están cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare: • Neighborhood INTEGRITY cubrirá los servicios cubiertos por el plan que no están cubiertos por Medicare Parte A o Parte B. El plan pagará los servicios estén o no relacionados con su pronóstico médico terminal. Usted no paga nada por estos servicios. Por medicamentos que pueden estar cubiertos por el beneficio de la Parte D de Medicare de Neighborhood INTEGRITY: • Los medicamentos nunca están cubiertos por servicios de hospicio y nuestro plan al mismo tiempo. Para obtener más información, consulte el Capítulo 5, Sección F3. Nota: Si usted necesita cuidado que no sea de hospicio o paliativo, debe llamar a su administrador de atención de salud y coordinar los servicios. El cuidado que no sea paliativo es el que no tiene ninguna relación con su pronóstico médico terminal.	\$0
 Vacunas El plan pagará por los siguientes servicios: • Vacuna contra la neumonía • Vacunas contra la gripe, una vez cada temporada de gripe en otoño e invierno, con vacunas adicionales contra la gripe si son médicamente necesarias • Vacunas contra la hepatitis B, si tiene riesgo elevado o intermedio de contraer hepatitis B • Otras vacunas, si está en riesgo y las vacunas cumplen con las reglas de cobertura de Medicare Parte B o Rhode Island Medicaid El plan pagará otras vacunas que cumplan con las reglas de cobertura de Medicaid de Rhode Island o de Medicare Parte D. Consulte el Capítulo 6, Sección D para obtener más información.	\$0



Si tiene preguntas, llame a Neighborhood INTEGRITY al 1-844-812-6896 o al 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m.; y los sábados de 8 a. m. a 12 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

Servicios pagados por nuestro plan	Lo que usted debe pagar
Suministros para la incontinencia* El plan pagará por suministros como: • Pañales ➤ Se requiere autorización previa cuando la cantidad sea entre ciento noventa y tres (193) y trescientos (300) por mes. ➤ Se limita a trescientos (300) por mes. • Protectores ➤ Se limita a ciento cincuenta (150) protectores desechables por mes • Forros para cama	\$0
Cuidados en un hospital como paciente interno* El plan pagará por los cuidados médicamente necesarios en un hospital como paciente interno. El plan cubre los siguientes servicios: • Habitación semiprivada (o habitación privada si es médicamente necesario) • Comidas, incluidas dietas especiales • Servicios regulares de enfermería • Costos de unidades de cuidado especial como cuidado intensivo o unidades de cuidado coronario • Medicamentos • Exámenes de laboratorio y otras pruebas diagnósticas • Radiografías y otros servicios de radiología, incluidos los materiales y servicios del técnico • Suministros médicos y quirúrgicos necesarios • Aparatos, como silla de ruedas • Servicios de sala de operaciones y sala de recuperación • Terapia física, ocupacional y del habla Este beneficio continúa en la página siguiente.	\$0 Usted necesita aprobación del plan para seguir recibiendo cuidado como paciente interno en un hospital que no pertenece a la red después de que su emergencia está bajo control.



Si tiene preguntas, llame a Neighborhood INTEGRITY al 1-844-812-6896 o al 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m.; y los sábados de 8 a. m. a 12 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

Servicios pagados por nuestro plan	Lo que usted debe pagar
Cuidados en un hospital como paciente interno* (Continuación) - Servicios de tratamiento como paciente interno por uso de sustancias - Sangre, incluido el almacenamiento y la administración - El plan pagará por sangre entera, glóbulos rojos concentrados y otros productos de sangre. - Servicios médicos - Trasplantes, incluido trasplante de córnea, riñón/páncreas, corazón, hígado, pulmón, corazón/pulmón, médula ósea, células madre, y de órganos intestinales/multiviscerales. Podrían estar cubiertos otros tipos de trasplantes. Si necesita un trasplante, un centro de trasplantes aprobado por Medicare revisará su caso y decidirá si usted es candidato para que se le haga un trasplante. Los proveedores de trasplantes pueden ser locales o estar fuera del área de servicio. Si los proveedores de trasplantes locales están dispuestos a aceptar la tarifa de Medicare, usted podrá obtener sus servicios de trasplante localmente o en una ubicación distante fuera del área de servicio. Si Neighborhood INTEGRITY proporciona servicios de trasplante en una ubicación distante fuera del área de servicio y usted elige recibir su trasplante allí, haremos los arreglos necesarios o pagaremos por el alojamiento y los costos de viajes para usted y otra persona. *Se requiere autorización previa.	\$0
Cuidados de salud mental como paciente interno* El plan pagará por servicios de salud mental que requieren una estadía en el hospital. *Se requiere autorización previa.	\$0



Si tiene preguntas, llame a Neighborhood INTEGRITY al 1-844-812-6896 o al 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m.; y los sábados de 8 a. m. a 12 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

Servicios pagados por nuestro plan	Lo que usted debe pagar
Servicios y suministros para tratar enfermedades renales El plan pagará por los siguientes servicios: • Servicios educativos sobre insuficiencia renal para enseñar sobre el cuidado de los riñones y ayudar a los miembros a tomar buenas decisiones sobre su cuidado. Usted debe estar en la etapa IV de insuficiencia renal crónica y su proveedor deberá darle una referencia. El plan cubrirá hasta seis sesiones de servicios educativos sobre insuficiencia renal. • Tratamientos de diálisis como paciente externo, incluye tratamientos de diálisis cuando se encuentre temporalmente fuera de su área de servicio, como se explica en el Capítulo 3, Sección B. • Tratamientos de diálisis como paciente interno, si usted ingresa como paciente a un hospital para recibir un cuidado especial. • Capacitación para hacerse diálisis usted mismo, incluye capacitación para usted y para otra persona que le ayude en su hogar con el tratamiento de diálisis • Equipamiento y suministros para realizar diálisis en su hogar • Ciertos servicios de respaldo en el hogar, tal como las visitas necesarias de personas entrenadas en diálisis para que supervisen el procedimiento que realiza en su hogar, ayudar en casos de emergencias y revisar su equipo de diálisis y suministro de agua Sus beneficios de medicamentos de Medicare Parte B pagarán ciertos medicamentos para diálisis. Para obtener más información, consulte “Medicamentos Recetados de Medicare Parte B” en esta tabla.	\$0



Si tiene preguntas, llame a Neighborhood INTEGRITY al 1-844-812-6896 o al 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m.; y los sábados de 8 a. m. a 12 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

Servicios pagados por nuestro plan	Lo que usted debe pagar
 Exámenes para detectar cáncer de pulmón El plan pagará por un examen para detectar cáncer de pulmón una vez cada 12 meses si usted: • Tiene entre 55 y 77 años, y • Tiene una visita de asesoría y toma de decisiones con su médico u otro proveedor calificado, y • Fumó por lo menos 1 cajetilla de cigarrillos durante 30 años sin otros síntomas de cáncer de pulmón, o fuma ahora, o ha dejado de fumar en los últimos 15 años. Después del primer examen, el plan pagará por otro examen cada año con una orden firmada por su médico u otro proveedor autorizado.	\$0
 Programa de Prevención de Diabetes de Medicare (MDPP) El plan pagará los servicios del MDPP. El MDPP está diseñado para ayudarlo a aumentar el comportamiento saludable. Proporciona capacitación práctica en: • cambio dietético a largo plazo, y • aumento de la actividad física, y • maneras de mantener la pérdida de peso y un estilo de vida saludable.	\$0
Medicamentos Recetados de Medicare Parte B* Estos medicamentos están cubiertos por Medicare Parte B. Neighborhood INTEGRITY pagará por los siguientes medicamentos: • Medicamentos que normalmente no se administra usted mismo y que son inyectados o de infusión, mientras recibe servicios de un médico como paciente externo de un hospital o de un centro de cirugía ambulatoria • Medicamentos usados con equipo médico duradero (como nebulizadores) que han sido autorizados por el plan Este beneficio continúa en la página siguiente.	\$0



Si tiene preguntas, llame a Neighborhood INTEGRITY al 1-844-812-6896 o al 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m.; y los sábados de 8 a. m. a 12 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

Servicios pagados por nuestro plan	Lo que usted debe pagar
Medicamentos Recetados de Medicare Parte B* (continuación) - Factores de coagulación que se inyecta usted mismo, si tiene hemofilia - Medicamentos inmunosupresores, si usted estaba inscrito en Medicare Parte A en el momento del trasplante del órgano - Medicamentos inyectables para osteoporosis. Estos medicamentos serán pagados, si usted no puede salir de su casa, si tiene una fractura que un proveedor certifique que está relacionada con la osteoporosis posmenopáusica y si no puede inyectarse el medicamento usted mismo - Antígenos - Ciertos medicamentos orales contra el cáncer y medicamentos contra las náuseas - Ciertos medicamentos para diálisis en el hogar, como heparina, el antídoto para heparina (cuando sea medicamento necesario), anestésicos tópicos y agentes estimulantes de la eritropoyesis (como Epogen®, Procrit®, Epoetin Alfa, Aranesp® o Darbepoetin Alfa) - Inmunoglobulina intravenosa para el tratamiento en el hogar de enfermedades de inmunodeficiencia primaria - El siguiente enlace lo llevará a una lista de medicamentos de la Parte B que pueden estar sujetos a tratamiento escalonado**: https://www.nhpri.org/medicare-medicaid/pharmacy-benefits/2020-pharmacy-benefits/ En el Capítulo 5, se explica el beneficio de medicamentos recetados para pacientes externos. También se explican las reglas que debe seguir para que sus recetas estén cubiertas. En el Capítulo 6, Sección C4, se explica lo que usted pagará por sus medicamentos recetados como paciente externo a través de nuestro plan. *La autorización puede aplicarse a algunos servicios en esta categoría, incluidos, entre otros, medicamentos administrados por el proveedor recetados para tratar el cáncer, deficiencias inmunes, enfermedades raras, trastornos neuromusculares, asma, osteoartritis y osteoporosis. Este beneficio continúa en la página siguiente.	\$0



Si tiene preguntas, llame a Neighborhood INTEGRITY al 1-844-812-6896 o al 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m.; y los sábados de 8 a. m. a 12 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

Servicios pagados por nuestro plan	Lo que usted debe pagar
Medicamentos Recetados de Medicare Parte B* (continuación) **Es posible que se requiera tratamiento escalonado para las siguientes categorías de medicamentos recetados de la Parte B: • Factores de coagulación para la hemofilia • Enfermedad inflamatoria autoinmune/crónica • Oncología • Antieméticos • Medicamentos contra la gota • Inmunoglobulina intravenosa (IVIG) • Agentes MS • Enfermedad de la retina • Anticuerpos monoclonales • Factores estimulantes de colonias de acción prolongada • Factores estimulantes de colonias de acción corta • Terapia de reemplazo de enzimas • Ácidos hialurónicos • Antiasmático • Anticuerpos monoclonales • Agentes endocrinos y metabólicos • Andrógenos • Enzima colagenasa bacteriana • Distrofia muscular de Duchenne • Antimicóticos relacionados con imidazol • Corticotropina • Angioedema Hereditario (HAE) • Agentes sistémicos de lupus eritematoso • Inmunización pasiva y agentes de tratamiento anticuerpos monoclonales • Polineuropatía asociada con amiloidosis Este beneficio continúa en la página siguiente.	



Si tiene preguntas, llame a Neighborhood INTEGRITY al 1-844-812-6896 o al 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m.; y los sábados de 8 a. m. a 12 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

Servicios pagados por nuestro plan	Lo que usted debe pagar
Medicamentos Recetados de Medicare Parte B* (continuación) • Agentes ALS • Acromegalia • Síndromes periódicos asociados a la criopirina • Terapia para la migraña • Depresión/PDD • Atrofia Muscular Espinal (SMA) • Medicamentos para órganos NOC • Hipertensión arterial pulmonar (PAH) • Agentes estimulantes de la eritropoyesis (ESA) • Hematología y toxina botulínica	
Cuidado en un establecimiento para personas de la tercera edad* El plan pagará por los siguientes servicios: • Una habitación semiprivada o una habitación privada si es médicamente necesaria Comidas, incluidas las dietas especiales • Servicios de enfermería • Terapia física, terapia ocupacional y terapia del habla • Medicamentos como parte de sus cuidados, incluidas las sustancias que se encuentran naturalmente en el cuerpo, como los factores coagulantes de la sangre • Sangre, incluido el almacenamiento y la administración ○ El plan pagará por sangre entera, glóbulos rojos concentrados y otros productos de sangre, incluido su almacenamiento y administración, comenzando con la primera unidad. • Suministros médicos y quirúrgicos proporcionados por instituciones de enfermería • Este beneficio continúa en la página siguiente.	\$0 Si recibe servicios de cuidado de hogar para personas de la tercera edad, es posible que deba pagar parte del costo de estos servicios. La cantidad la determina el programa Medicaid de Rhode Island.



Si tiene preguntas, llame a Neighborhood INTEGRITY al 1-844-812-6896 o al 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m.; y los sábados de 8 a. m. a 12 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

Servicios pagados por nuestro plan	Lo que usted debe pagar
Cuidado en un establecimiento para personas de la tercera edad* (continuación) • Análisis de laboratorio proporcionados por instituciones de enfermería • Radiografías y otros servicios de radiología proporcionados por instituciones de enfermería • Servicios de un médico/proveedor El plan también pagará otros servicios que no están incluidos aquí. Usted generalmente recibe su cuidado de salud de instituciones de la red. Sin embargo, es posible que reciba cuidado de una institución que no está en nuestra red. Usted puede obtener su cuidado en los siguientes lugares, si estos aceptan las cantidades pagadas por nuestro plan: • Un hogar para personas de la tercera edad o comunidad de jubilados con cuidado continuo, donde usted haya vivido antes de ir al hospital (siempre y cuando proporcionen cuidados de hogar para personas de la tercera edad) • Una institución de enfermería donde viva su cónyuge al momento en que usted deja el hospital. *Se requiere autorización previa.	
Beneficio nutritivo o dietético El plan pagará por terapia y asesoría de nutrición médica, proporcionadas por un dietético autorizado, para ayudarle a manejar enfermedades o problemas médicos crónicos, como diabetes, presión sanguínea alta, obesidad o cáncer. El plan también pagará por terapia y asesoría de nutrición médica si usted toma algún medicamento que pueda afectar la capacidad de absorción de nutrientes de su cuerpo o su metabolismo.	\$0



Si tiene preguntas, llame a Neighborhood INTEGRITY al 1-844-812-6896 o al 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m.; y los sábados de 8 a. m. a 12 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

Servicios pagados por nuestro plan		Lo que usted debe pagar
	Exámenes de obesidad y terapia para bajar de peso El plan pagará por consejería para bajar de peso. Usted deberá obtener la consejería en un lugar de cuidados primarios. De ese modo, el servicio será administrado en su plan de prevención integral. Hable con su proveedor de cuidados primarios para obtener más información. Este servicio se limita a veintidós (22) visitas cada doce (12) meses.	\$0
	Servicios del programa de tratamiento con opioides El plan pagará los siguientes servicios para tratar el trastorno por consumo de opioides: • Medicamentos aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) y, si corresponde, manejar y administrar estos medicamentos • Consejería por uso de sustancias • Terapia individual y grupal • Pruebas de medicamentos o químicos en su cuerpo (pruebas de toxicología)	\$0
	Pruebas de diagnóstico y servicios y suministros terapéuticos para pacientes externos* El plan pagará por los siguientes servicios: • Radiografías • Terapia de radiación (radioterapia y terapia de isótopos), incluye materiales y suministros que usan los técnicos • Suministros quirúrgicos, como vendajes • Entablillados, yesos y otros dispositivos para fracturas y dislocamientos • Análisis de laboratorio • Sangre, incluido almacenamiento y administración de sangre Este beneficio continúa en la página siguiente.	\$0 \$0



Si tiene preguntas, llame a Neighborhood INTEGRITY al 1-844-812-6896 o al 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m.; y los sábados de 8 a. m. a 12 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

Servicios pagados por nuestro plan	Lo que usted debe pagar
Pruebas de diagnóstico y servicios y suministros terapéuticos para pacientes externos* (continuación) • Otras pruebas de diagnóstico como paciente externo • Pruebas genéticas no utilizadas para el diagnóstico de embarazo ○ Se requiere autorización previa • Terapia con células T (CAR-T) ○ Se requiere autorización previa • Prueba de IgE (alergia) ○ Se requiere autorización previa cuando se reciben más de quince (15) unidades de prueba por doce (12) meses consecutivos • Prueba de fibrosis quística ○ Se limita a una (1) prueba de por vida. También es posible que el plan pague otros servicios que no están incluidos aquí. *Es posible que se requiera una autorización previa.	
Servicios de hospital como paciente externo* El plan pagará por los servicios médicamente necesarios que usted reciba en el departamento de pacientes externos de un hospital para un diagnóstico o tratamiento de una enfermedad o lesión. El plan pagará por los siguientes servicios: • Servicios en una sala de emergencias o en una clínica para pacientes externos, como cirugía para pacientes externos o servicios de observación. ○ Los servicios de observación ayudan a su médico a saber si necesita ser admitido en el hospital como “paciente interno”. ○ A veces puede pasar la noche en el hospital y seguir siendo un “paciente externo”. Este beneficio continúa en la página siguiente.	\$0



Si tiene preguntas, llame a Neighborhood INTEGRITY al 1-844-812-6896 o al 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m.; y los sábados de 8 a. m. a 12 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

Servicios pagados por nuestro plan	Lo que usted debe pagar
Servicios de hospital como paciente externo* (continuación) ○ Puede obtener más información sobre pacientes internos o externos en esta hoja informativa: https://www.medicare.gov/sites/default/files/2018-09/11435-Are-You-an-Inpatient-or-Outpatient.pdf • Análisis de laboratorio y diagnóstico facturados por el hospital • Cuidado de salud mental, incluido el cuidado en un programa de hospitalización parcial, si un proveedor certifica que de lo contrario, sería necesario tratamiento como paciente interno • Radiografías y otros servicios de radiología facturados por el hospital • Suministros médicos, como entablillados y yesos • Pruebas de detección y servicios preventivos indicados en la Tabla de Beneficios • Algunos medicamentos que no puede administrarse usted mismo También es posible que el plan pague otros servicios que no están incluidos aquí. *Es posible que se requiera una autorización previa.	



Si tiene preguntas, llame a Neighborhood INTEGRITY al 1-844-812-6896 o al 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m.; y los sábados de 8 a. m. a 12 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

Cuidados de salud mental para pacientes externos* El plan pagará por servicios de salud mental proporcionados por: • centros de salud mental comunitarios, • un psiquiatra o médico con licencia del Estado, • un psicólogo clínico, • un trabajador social clínico, • una enfermera clínica especializada, • una enfermera con licencia, • un auxiliar médico, o • cualquier otro profesional del cuidado de la salud mental certificado por Medicare y Medicaid de Rhode Island, según las leyes aplicables del Estado. El plan pagará por los siguientes servicios: • Servicios clínicos • Tratamiento individual, grupal y familiar • Intervención en crisis y estabilización • Servicios de emergencia • Evaluación diagnóstica • Pruebas psicológicas • Evaluación y administración de medicamentos • Servicios especializados para personas con enfermedad mental grave, que incluye Salud integral en el hogar y Tratamiento positivo en la comunidad • Hospitalización parcial • Tratamiento de día o de noche • Tratamiento intensivo como paciente externo • Casa club • Tratamiento de diagnóstico doble integrado, para personas con enfermedades mentales y personas con trastornos por uso de sustancias • Tratamiento de salud mental ordenado por tribunal judicial También es posible que el plan pague otros servicios que no están incluidos aquí. *Es posible que se requiera una autorización previa.	\$0
--	------------



Si tiene preguntas, llame a Neighborhood INTEGRITY al 1-844-812-6896 o al 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m.; y los sábados de 8 a. m. a 12 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

Servicios pagados por nuestro plan	Lo que usted debe pagar
Servicios de rehabilitación como paciente externo* El plan pagará por terapia física, terapia ocupacional, terapia del habla, terapia del lenguaje, terapia de la audición, y terapia respiratoria. ➤ Se requiere una autorización previa para fisioterapia y terapia ocupacional después de la evaluación inicial y ocho (8) visitas. Usted puede recibir servicios de rehabilitación para pacientes externos de un hospital, de terapeutas independientes, de instituciones de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF) y de otras instituciones. ➤ Se requiere una autorización previa para los servicios de rehabilitación como paciente externo.	\$0
Servicios de tratamiento como paciente externo por consumo de sustancias* El plan pagará por los siguientes servicios: • Consejería por uso de sustancias • Programas de tratamiento de opioides asistido por medicamentos, entre otros, el uso de metadona, y consejería y prescripción de otros medicamentos como suboxone • Servicios de salud en el hogar del Programa de Tratamiento de Opioides (OTD), el cual provee recursos a aquellos miembros dependientes de opioides que están actualmente recibiendo o cumplan los requisitos para recibir el tratamiento asistido por medicamentos • Desintoxicación con administración médica, en un entorno médico o programa de desintoxicación • Tratamiento de diagnóstico doble integrado, para personas con enfermedades mentales y personas con trastornos por uso de sustancias • Tratamiento por uso de sustancias ordenado por tribunal judicial También es posible que el plan pague otros servicios que no están incluidos aquí. *Es posible que se requiera una autorización previa.	\$0



Si tiene preguntas, llame a Neighborhood INTEGRITY al 1-844-812-6896 o al 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m.; y los sábados de 8 a. m. a 12 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

Servicios pagados por nuestro plan	Lo que usted debe pagar
Cirugías como paciente externo* El plan pagará por cirugías como paciente externo y servicios en instituciones para pacientes externos en un hospital y centros de cirugía ambulatoria. *Es posible que se requiera una autorización previa.	\$0
Servicios de médico o proveedor, incluidas consultas en consultorios El plan pagará por los siguientes servicios: - Servicios de cuidado de salud o cirugías médicamente necesarios, en lugares como: - consultorio médico - centro quirúrgico ambulatorio certificado - departamento ambulatorio de un hospital - Consulta, diagnóstico y tratamiento a cargo de un especialista - Exámenes básicos de audición y equilibrio realizados por su proveedor, si su proveedor lo indica para ver si usted necesita tratamiento - Servicios de telesalud para diagnosticar, evaluar o tratar los síntomas de un accidente cerebrovascular - Registros virtuales (por ejemplo, por teléfono o video chat) con su proveedor durante 5 a 10 minutos si: - No es un paciente nuevo y - El registro no está relacionado con una visita al consultorio en los últimos 7 días y - el registro no conduce a una visita al consultorio en menos de 24 horas o la cita disponible más pronto - Evaluación de video e imágenes que envió a su médico y explicación y seguimiento por parte de su médico en menos de 24 horas si: Este beneficio continúa en la página siguiente.	\$0



Si tiene preguntas, llame a Neighborhood INTEGRITY al 1-844-812-6896 o al 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m.; y los sábados de 8 a. m. a 12 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

Servicios pagados por nuestro plan	Lo que usted debe pagar
Servicios de médico o proveedor, incluidas las visitas a consultorios (continuación) ○ no es un paciente nuevo y ○ la evaluación no está relacionada con una visita al consultorio en los últimos 7 días y ○ la evaluación no conduce a una visita al consultorio en menos de 24 horas o la cita disponible más pronto • Consulta que su médico tiene con otros médicos por teléfono, Internet o historia clínica electrónica si no es un paciente nuevo. • Segunda opinión de otro proveedor de la red antes de un procedimiento médico • Cuidado de salud dental y oral que no sea de rutina, incluye los cargos por la sala de operaciones y servicios de anestesia. Los servicios cubiertos se limitarán a lo siguiente: ○ cirugía de mandíbula o estructuras relacionadas, ○ reposición de fracturas de mandíbula o huesos faciales, ○ extracción dental antes de tratamiento de radiación de cáncer neoplásico, o ○ servicios que estarían cubiertos cuando los proporcione un médico.	
Servicios de podiatría El plan pagará por los siguientes servicios: • Diagnóstico y tratamiento médico o quirúrgico de lesiones y enfermedades del pie (como dedos doblados o talones calcáneos) • Cuidado de rutina de los pies para los miembros con enfermedades que afectan las piernas, como la diabetes	\$0
 Exámenes de detección para cáncer de próstata El plan pagará por los siguientes servicios: • Un examen de tacto rectal • Una prueba de antígeno prostático específico (PSA) Este servicio se limita a una (1) evaluación cada doce (12) meses para miembros mayores de 50 años.	\$0

Si tiene preguntas, llame a Neighborhood INTEGRITY al 1-844-812-6896 o al 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m.; y los sábados de 8 a. m. a 12 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.



Servicios pagados por nuestro plan	Lo que usted debe pagar
Dispositivos prostéticos y suministros relacionados* Los dispositivos prostéticos reemplazan la totalidad o una parte o función del cuerpo. El plan pagará por los siguientes aparatos prostéticos: • Bolsas de colostomía y suministros relacionados con el cuidado de una colostomía • Marcapasos • Aparatos ortopédicos • Zapatos prostéticos • Brazos y piernas artificiales • Prótesis para senos (incluye un sostén quirúrgico después de una mastectomía) El plan pagará algunos suministros relacionados con los aparatos prostéticos. El plan también pagará por la reparación o por el reemplazo de dispositivos prostéticos. El plan ofrece cierta cobertura después de una operación de cataratas. Consulte la parte de “Cuidado de la vista”, más adelante en la página 84, para conocer los detalles. Es posible que el plan pague otros dispositivos que no están incluidos aquí. *Es posible que se requiera una autorización previa.	\$0
Servicios de rehabilitación pulmonar El plan pagará por programas de rehabilitación pulmonar para miembros que tengan enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), moderada a muy grave. El miembro deberá tener una orden para rehabilitación pulmonar extendida por un médico o proveedor que trata la EPOC.	\$0



Si tiene preguntas, llame a Neighborhood INTEGRITY al 1-844-812-6896 o al 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m.; y los sábados de 8 a. m. a 12 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

Servicios pagados por nuestro plan		Lo que usted debe pagar
	Servicios de tratamiento residencial de salud mental y por consumo de sustancias* El plan pagará por los siguientes servicios: • Servicios de tratamiento residencial de salud mental a corto y largo plazo. • Tratamiento residencial por uso agudo de sustancias. • Tratamientos de salud mental y consumo de sustancias ordenados por un tribunal *Es posible que se requiera una autorización previa.	\$0
	Servicios para evitar una admisión en un hospital o institución de cuidados para personas de la tercera edad* El plan pagará por un grupo limitado de servicios para personas con alto riesgo de una hospitalización o admisión en una institución de cuidados para personas de la tercera edad: • Servicios de ayuda para quehaceres domésticos, como preparación de comidas o tareas de rutina del hogar • Cambios menores en el hogar, por ejemplo, instalación de barras de asidero, sillas de ducha y asientos elevados para inodoros • Servicios de terapia física antes de una cirugía, si la terapia mejorará la recuperación o reducirá el tiempo de rehabilitación. • Evaluación de fisioterapia para aparatos o dispositivos que mejoren el acceso en el hogar • Servicios de relevo o cuidados temporales *Es posible que se requiera una autorización previa.	\$0



Si tiene preguntas, llame a Neighborhood INTEGRITY al 1-844-812-6896 o al 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m.; y los sábados de 8 a. m. a 12 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

Servicios pagados por nuestro plan		Lo que usted debe pagar
	Exámenes de detección y consejería para tratar infecciones de transmisión sexual (STI) El plan pagará por exámenes para detectar clamidia, gonorrea, sífilis y hepatitis B. Un proveedor de cuidados primarios deberá ordenar los exámenes. El plan también pagará por sesiones personales, intensivas, de consejería del comportamiento, una vez al año, para adultos activos sexualmente y con mayor riesgo de contraer infecciones de transmisión sexual. Las sesiones de asesoramiento de salud del comportamiento de alta intensidad se limitan a dos (2) sesiones al año.	\$0
	Cuidados en una Institución de Enfermería Especializada (SNF)* El plan pagará por los siguientes servicios: • Una habitación semiprivada, o una habitación privada si es médicamente necesario • Comidas, incluidas dietas especiales • Servicios de enfermería • Terapia física, terapia ocupacional y terapia del habla • Medicamentos como parte de sus cuidados, incluidas las sustancias que se encuentran naturalmente en el cuerpo, como los factores coagulantes de la sangre • Sangre, incluido el almacenamiento y la administración ○ El plan pagará por sangre entera, glóbulos rojos concentrados y otros productos de sangre, incluido su almacenamiento y administración, comenzando con la primera unidad. ○ Suministros médicos y quirúrgicos proporcionados por instituciones de enfermería El plan pagará por los siguientes servicios: • Sangre, incluido el almacenamiento y la administración Este beneficio continúa en la página siguiente.	\$0 \$0



Si tiene preguntas, llame a Neighborhood INTEGRITY al 1-844-812-6896 o al 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m.; y los sábados de 8 a. m. a 12 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

Servicios pagados por nuestro plan	Lo que usted debe pagar
Cuidados en una Institución de Enfermería Especializada (SNF)* (continuación) ○ El plan pagará por sangre entera, glóbulos rojos concentrados y otros productos de sangre, incluido su almacenamiento y administración, comenzando con la primera unidad. ○ Suministros médicos y quirúrgicos proporcionados por instituciones de enfermería • Análisis de laboratorio proporcionados por instituciones de enfermería • Radiografías y otros servicios de radiología proporcionados por instituciones de enfermería • Dispositivos, como silla de ruedas, normalmente proporcionados por instituciones de enfermería • Servicios de un médico/proveedor También es posible que el plan pague otros servicios que no están incluidos aquí. Usted generalmente recibe su cuidado de salud de instituciones de la red. Sin embargo, es posible que reciba cuidado de una institución que no está en nuestra red. Usted puede obtener su cuidado en los siguientes lugares, si estos aceptan las cantidades pagadas por nuestro plan: • Un hogar para personas de la tercera edad o comunidad de jubilados con cuidado continuo, donde usted haya vivido anteriormente antes de ir al hospital (siempre y cuando proporcionen cuidados de hogar para personas de la tercera edad) • Una institución de enfermería donde viva su cónyuge al momento en que usted deja el hospital *Se requiere autorización previa.	
Equipo médico especial /dispositivos secundarios de asistencia* El plan pagará por equipo médico especial y suministros para facilitarle las actividades diarias, como comer y bañarse. *Se requiere autorización previa.	\$0



Si tiene preguntas, llame a Neighborhood INTEGRITY al 1-844-812-6896 o al 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m.; y los sábados de 8 a. m. a 12 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

Servicios pagados por nuestro plan	Lo que usted debe pagar
Terapia de ejercicio supervisada (SET) El plan pagará la SET para los miembros con enfermedad arterial periférica sintomática (PAD) que tengan una remisión por PAD del médico responsable del tratamiento de PAD. El plan pagará por los siguientes servicios: • Hasta 36 sesiones durante un período de 12 semanas si se cumplen todos los requisitos de SET • 36 sesiones adicionales con el tiempo si un proveedor de atención médica lo considera médicamente necesario El programa SET debe ser: • Sesiones de 30 a 60 minutos de un programa terapéutico de entrenamiento con ejercicios para PAD en miembros con calambres en las piernas debido a deficiencias en el flujo sanguíneo (claudicación o cojera dolorosa) • En un hospital para pacientes externos o en el consultorio de un médico • Brindada por personal calificado que se asegura de que el beneficio supere el daño y que estén capacitados en terapia de ejercicio para PAD • Bajo la supervisión directa de un médico, auxiliar médico o enfermero practicante/especialista en enfermería clínica capacitado en técnicas básicas y avanzadas de soporte vital	\$0
Atención necesaria de urgencia La atención necesaria de urgencia es el cuidado que no es de emergencia para tratar: • una enfermedad inesperada, o • una lesión aguda, o • una enfermedad que necesite cuidado inmediato. Si usted necesita atención necesaria de urgencia, deberá tratar de obtenerla primero de un proveedor de la red. Sin embargo, usted podrá usar proveedores fuera de la red cuando no pueda ir a ver a un proveedor de la red. La cobertura se limita a los Estados Unidos y sus territorios.	\$0



Si tiene preguntas, llame a Neighborhood INTEGRITY al 1-844-812-6896 o al 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m.; y los sábados de 8 a. m. a 12 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

Servicios pagados por nuestro plan	Lo que usted debe pagar
Cuidado de la vista* Cada dos años, el plan pagará una vez un examen de rutina de la vista y anteojos. Las lentes de los anteojos estarán cubiertas con mayor frecuencia que cada dos años solo si es médicamente necesario. Las lentes de contacto podrían estar cubiertas si usted tiene una enfermedad de la vista u ocular que puede tratarse mejor con lentes de contacto que con anteojos. El plan pagará por los servicios de un médico y otro proveedor para paciente externo, por el diagnóstico y tratamiento de enfermedades y lesiones del ojo. Esto incluye exámenes anuales para detectar retinopatías en personas con diabetes y el tratamiento de degeneración macular relacionada con la edad. Para las personas con alto riesgo de glaucoma, el plan pagará por exámenes de glaucoma. Entre las personas con alto riesgo de glaucoma se incluyen: • personas con antecedentes familiares de glaucoma, • personas con diabetes, • personas afroamericanas de 50 años de edad o más, y • personas hispanoamericanas de 65 años de edad o más. El plan pagará por un par de anteojos o lentes de contacto después de cada operación de cataratas cuando el médico inserte una lente intraocular. (Si usted tiene dos cirugías de cataratas por separado, podrá recibir un par de lentes después de cada cirugía. Usted no podrá recibir dos pares de anteojos después de la segunda cirugía, aunque no haya recibido un par de anteojos después de la primera cirugía). Las pruebas de detección de glaucoma se limitan a una (1) cada doce (12) meses. *Es posible que se requiera una autorización previa.	\$0



Si tiene preguntas, llame a Neighborhood INTEGRITY al 1-844-812-6896 o al 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m.; y los sábados de 8 a. m. a 12 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

Servicios pagados por nuestro plan		Lo que usted debe pagar
	Visita preventiva de “Bienvenida a Medicare” El plan cubrirá una visita preventiva de “Bienvenida a Medicare” una sola vez. La visita incluye: • un examen de salud, • educación y consejería sobre los servicios preventivos que usted necesita (incluye exámenes e inyecciones), y • referencias para otro tipo de cuidados, si lo necesita. Nota: Cubrimos la visita preventiva de “Bienvenida a Medicare” solo durante los primeros 12 meses en que tenga Medicare Parte B. Cuando haga su cita, diga en el consultorio de su proveedor que quiere programar su visita preventiva de “Bienvenida a Medicare”.	\$0

Nuestro plan también cubre servicios y respaldos a largo plazo (LTSS) para los miembros que los necesiten y sean elegibles para LTSS a través de Medicaid de Rhode Island. Es posible que tenga que pagar parte del costo de los servicios. La cantidad que paga la determina el programa Medicaid de Rhode Island.



Si tiene preguntas, llame a Neighborhood INTEGRITY al 1-844-812-6896 o al 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m.; y los sábados de 8 a. m. a 12 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

Servicios de LTSS	Lo que usted debe pagar
Vivienda asistida* El plan pagará por servicios y respaldos para que usted viva en una institución de vivienda asistida. El plan cubre dos niveles de servicios de vivienda asistida: nivel básico de servicios y nivel superior de servicios. *Se requiere autorización previa.	Determinado por Medicaid de Rhode Island
Servicios de transición a la comunidad El plan proporcionará servicios para ayudarle a mudarse de una instalación o institución de cuidados para personas de la tercera edad a una residencia privada. El plan también pagará por una sola vez algunos gastos para ayudarle a establecer una residencia privada cuando usted se mude de una instalación o institución de cuidados para personas de la tercera edad.	Determinado por Medicaid de Rhode Island
Servicios de ayuda de día El plan pagará por servicios para ayudarle a desarrollar habilidades sociales y de autoayuda.	Determinado por Medicaid de Rhode Island
Respaldos de empleo El plan pagará por servicios como supervisión, transporte o capacitación, para ayudarle a obtener o conservar un trabajo.	Determinado por Medicaid de Rhode Island
Tareas del hogar* El plan pagará por servicios de tareas del hogar para ayudar con las tareas generales de la casa, por ejemplo, preparación de comidas o limpieza general del hogar. *Se requiere autorización previa.	Determinado por Medicaid de Rhode Island
Meals on Wheels (Entrega de comidas a domicilio) El plan pagará hasta una comida diaria cinco días por semana que será entregada en su hogar.	Determinado por Medicaid de Rhode Island



Si tiene preguntas, llame a Neighborhood INTEGRITY al 1-844-812-6896 o al 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m.; y los sábados de 8 a. m. a 12 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

Asistencia para cuidados personales* El plan pagará por la asistencia con las actividades diarias en su hogar en la comunidad, si usted tiene alguna discapacidad y no puede realizar las actividades por sí mismo. *Se requiere autorización previa.	Determinado por Medicaid de Rhode Island
Sistema personal de respuesta ante emergencias El plan pagará por dispositivos electrónicos para ayudarle a recibir ayuda en una emergencia.	Determinado por Medicaid de Rhode Island
Personal de enfermería privada El plan pagará por cuidados individuales y continuos proporcionados en su hogar por enfermeras tituladas.	Determinado por Medicaid de Rhode Island
Servicios de rehabilitación* El plan pagará por servicios de terapia física, ocupacional y del habla, especializada, en centros de rehabilitación como paciente externo. *Es posible que se requiera una autorización previa.	Determinado por Medicaid de Rhode Island
Asistencia residencial El plan pagará por servicios para ayudarle con las actividades diarias de la vida en el hogar, como aprender a preparar las comidas y a realizar los quehaceres domésticos.	Determinado por Medicaid de Rhode Island
Cuidados de relevo El plan pagará por servicios de cuidados a corto plazo o temporales cuando la persona que habitualmente le cuida no está disponible para atenderlo.	Determinado por Medicaid de Rhode Island
Rlte @ Home (Soluciones de vivienda asistida-vivienda compartida) El plan pagará por cuidados y servicios personales a cargo de una persona que le cuide y viva en el hogar.	Determinado por Medicaid de Rhode Island



Si tiene preguntas, llame a Neighborhood INTEGRITY al 1-844-812-6896 o al 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m.; y los sábados de 8 a. m. a 12 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

Servicios y respaldos autodirigidos Si usted está en el programa Personal Choice, el plan pagará: • Servicios, equipo y suministros que lo ayuden a vivir en la comunidad • Servicios para ayudarlo a dirigir y pagar sus propios servicios	Determinado por Medicaid de Rhode Island
Acompañantes para personas de la tercera edad/adultos El plan pagará por ayuda no médica y respaldo social con las actividades diarias, como preparación de alimentos, lavandería y compras.	Determinado por Medicaid de Rhode Island
Servicios de personal de enfermería especializada* El plan pagará por servicios de enfermería especializada. *Es posible que se requiera una autorización previa.	Determinado por Medicaid de Rhode Island

E. Beneficios cubiertos fuera del plan 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. Cuidados de hospicio o paliativos

Usted puede obtener cuidados de cualquier programa de hospicio certificado por Medicare. Usted tiene derecho a elegir un hospicio si su proveedor y el director médico del hospicio determinan que usted tiene un pronóstico médico terminal. Esto significa que usted tiene una enfermedad terminal y se espera que tenga seis meses o menos de vida. Su proveedor de hospicio puede ser un proveedor de la red o un proveedor fuera de la red.

Consulte la Tabla de beneficios en la Sección D de este capítulo para obtener más información sobre lo que paga Neighborhood INTEGRITY mientras usted recibe servicios de cuidado de hospicio.

Por servicios de cuidado paliativo y servicios cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare relacionados con su pronóstico médico terminal:

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



Si tiene preguntas, llame a Neighborhood INTEGRITY al 1-844-812-6896 o al 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m.; y los sábados de 8 a. m. a 12 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

Por servicios cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare que no están relacionados con su pronóstico médico terminal (excepto atención de emergencias y atención necesaria de urgencia):

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

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

- Los medicamentos nunca están cubiertos por servicios de hospicio y nuestro plan al mismo tiempo. Para obtener más información, consulte el Capítulo 5, Sección F3.

Nota: Si usted necesita cuidado que no sea de hospicio, debe llamar a su administrador de atención de salud y coordinar los servicios. El cuidado que no sea de hospicio es el que no tiene ninguna relación con su pronóstico médico terminal.

E2. Servicios dentales

Medicaid de Rhode Island cubre cuidados dentales regulares, como limpiezas, empastes o dentaduras postizas. Sin embargo, el cuidado dental para tratar enfermedades o lesiones podría estar cubierto por el plan como atención de pacientes internos o pacientes externos. Llame a Neighborhood INTEGRITY al 1-844-812-6896 TTY: 711 si no está seguro de 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 sea de emergencia

Usted podría ser elegible para un pase de autobús de tarifa reducida de RIPTA. Para obtener un pase de autobús de tarifa reducida de RIPTA, visite la oficina de identificación de RIPTA en One Kennedy Plaza, Providence, RI 02903, o la oficina de Servicios al cliente de RIPTA en 705 Elmwood Avenue, Providence, RI 02907. Llame a RIPTA al 1-401-784-9500 para obtener más información.

Si usted no puede utilizar el pase de autobús RIPTA, Medicaid de Rhode Island cubre el transporte para casos que no sean de emergencia. Si necesita transporte para situaciones que no sean de emergencia, llame al 1-855-330-9131 (TTY 711) o a Neighborhood INTEGRITY al 1-844-812-6896 TTY: 711. Puede solicitar transporte para atención de urgencia las 24 horas del día, los 7 días de la semana. El transporte en los casos que no revisten urgencia debe programarse por lo menos con dos días hábiles de anticipación a la cita.



Si tiene preguntas, llame a Neighborhood INTEGRITY al 1-844-812-6896 o al 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m.; y los sábados de 8 a. m. a 12 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

E4. Servicios residenciales para personas con discapacidades intelectuales y del desarrollo

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

E5. Servicios de estabilización de vivienda

Si usted no tiene hogar, está en riesgo de quedar sin hogar o se está mudando de un hogar de cuidados para personas de la tercera edad a la comunidad, usted podría obtener servicios de Medicaid de Rhode Island para ayudarlo con sus problemas de vivienda. Si tiene alguna pregunta sobre los servicios que cubre Medicaid de Rhode Island o si quiere una remisión para este programa, llame a Neighborhood INTEGRITY al 1-844-812-6896, TTY: 711.

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

Esta sección incluye información sobre qué tipo de beneficios están excluidos del plan. Excluidos significa que el plan no pagará por esos beneficios. Medicare y Medicaid de Rhode Island tampoco pagarán por ellos.

La siguiente lista describe algunos servicios y algunos artículos que no están cubiertos por el plan bajo ninguna circunstancia, y algunos que están excluidos del plan solo en algunos casos.

El plan no pagará los beneficios médicos anotados en esta sección (y en cualquier otra parte de este *Manual del miembro*), excepto en las condiciones específicas anotadas. Si usted cree que debemos pagarle por un servicio que no está cubierto, puede presentar una apelación. Para obtener información sobre cómo apelar, lea el Capítulo 9, Sección 4.

Además de cualquier limitación o exclusión descrita en la Tabla de beneficios, **los siguientes artículos y servicios no están cubiertos por nuestro plan:**

- Los servicios no considerados como “razonables y necesarios”, según los estándares de Medicare y Medicaid de Rhode Island, a menos que estos servicios estén incluidos en nuestro plan como servicios cubiertos.
- Tratamientos médicos y quirúrgicos, insumos y medicamentos experimentales, salvo que estén cubiertos por Medicare o se realicen/administren en virtud de un estudio clínico de investigación aprobado por Medicare o por nuestro plan. Consulte el Capítulo 3, página 45, para obtener más información sobre los estudios clínicos de investigación.

Si tiene preguntas, llame a Neighborhood INTEGRITY al 1-844-812-6896 o al 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m.; y los sábados de 8 a. m. a 12 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.



Los tratamientos e insumos experimentales son aquellos que no están generalmente aceptados por la comunidad médica.

- Tratamiento de cirugía para la obesidad mórbida, excepto cuando sea médicamente necesario y Medicare o Medicaid de Rhode Island paguen por ello.
- Membresía al gimnasio
- Una habitación privada en un hospital, excepto cuando sea médicamente necesario.
- Artículos personales en su habitación de hospital o en un establecimiento para personas de la tercera edad, por ejemplo, teléfono o televisión.
- Honorarios cobrados por su cónyuge, tutor o representante legal.
- Procedimientos o servicios de mejora opcionales o voluntarios (incluye pérdida de peso, crecimiento del cabello, desempeño sexual, desempeño atlético, fines cosméticos, antienvjecimiento y desempeño mental), excepto cuando sean médicamente necesarios.
- Cirugía estética u otra intervención estética. Hay circunstancias clínicas especiales en las que la cobertura está disponible. Esto incluye, entre otras, solicitudes que involucran atención transgénero, atención posterior al cáncer de seno que ha creado problemas cosméticos y situaciones en las que un problema cosmético afecta la función normal o el bienestar emocional.
- Zapatos ortopédicos, a menos que los zapatos sean parte del arnés para una pierna y estén incluidos en el costo del arnés o los zapatos sean para una persona con enfermedad de pie diabético.
- Queratotomía radial, cirugía LASIK y otras ayudas para la visión deficiente.
- Reversión de procesos de esterilización y suministros anticonceptivos de venta sin receta.
- Servicios naturopáticos (uso de tratamientos naturales o alternativos).
- Servicios prestados a veteranos en instalaciones de Asuntos de Veteranos (VA). Sin embargo, cuando un veterano recibe servicios de emergencia en un hospital de VA y hay costos compartidos de VA, le reembolsaremos al veterano la cantidad que pagó.



Si tiene preguntas, llame a Neighborhood INTEGRITY al 1-844-812-6896 o al 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m.; y los sábados de 8 a. m. a 12 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

Capítulo 5: Recibir sus medicamentos de receta como paciente ambulatorio a través del plan.

Introducción

En este capítulo se explican las normas para recibir sus medicamentos recetados como paciente ambulatorio. Estos son medicamentos que su proveedor le receta y que usted obtiene a través de una farmacia o un pedido por correo. Incluyen los medicamentos bajo Medicare Parte D y Medicaid. Las palabras importantes y sus definiciones se encuentran en orden alfabético en el último capítulo del *Manual del miembro*.

Neighborhood INTEGRITY también cubre los siguientes medicamentos, a pesar de que no se analizarán en este capítulo:

- Medicamentos cubiertos por Medicare Parte A. Incluye algunos medicamentos que se le administran mientras usted está en un hospital o en un establecimiento para personas de la tercera edad.
- Medicamentos cubiertos por Medicare Parte B. Incluye algunos medicamentos para quimioterapia, algunos medicamentos inyectables administrados durante una visita al consultorio con su médico u otro proveedor, y medicamentos que le administran en una clínica para el tratamiento de diálisis. Para obtener más información sobre los medicamentos cubiertos por Medicare Parte B, consulte la Tabla de Beneficios del Capítulo 4, Sección D.

Reglas para la cobertura de medicamentos como paciente ambulatorio del plan

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

1. La receta deberá estar extendida por un médico u otro proveedor. A menudo, esta persona es su proveedor de cuidados primarios (PCP). Puede ser otro proveedor si su proveedor de cuidados primarios lo ha referido para su atención.
2. Generalmente, deberá usar una farmacia de la red para surtir sus medicamentos de receta.
3. Sus medicamentos de receta deben estar en la *Lista de medicamentos cubiertos* del plan. Para abreviar, la llamamos "Lista de medicamentos".
 - Si no está en la Lista de medicamentos, es posible que podamos cubrirlo otorgándole una excepción.
 - Consulte la página 166 para saber cómo solicitar una excepción.
4. Su medicamento deberá utilizarse por una indicación aceptada médicamente. Esto significa que el uso del medicamento está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos o tiene el respaldo de determinadas remisiones médicas. La "indicación aceptada médicamente" se define como un diagnóstico que fue aprobado en virtud de la Ley Federal de Alimentos, Medicamentos y Cosméticos, o que está respaldado a través de investigaciones

Si tiene preguntas, llame a Neighborhood INTEGRITY al 1-844-812-6896 o al 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m.; y los sábados de 8 a. m. a 12 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.



científicas que se encuentran en el Servicio de Información sobre Medicamentos del Formulario del Hospital Estadounidense o Información en el DRUGDEX®

Índice

A. Cómo obtener el suministro de sus medicamentos recetados	96
A1. Cómo obtener sus medicamentos recetados en una farmacia de la red	96
A2. Uso de su tarjeta de identificación de miembro cuando surta una receta	96
A3. Qué debe hacer si quiere cambiar a otra farmacia de la red	96
A4. Qué hacer si su farmacia abandona la red	96
A5. Uso de una farmacia especializada	97
A6. Uso del servicio de pedido por correo para recibir sus medicamentos	97
A7. Cómo obtener un suministro a largo plazo de medicamentos	99
A8. Uso de una farmacia que no esté en la red del plan	100
A9. Reintegro si usted paga un medicamento de receta	100
B. La Lista de Medicamentos del plan	100
B1. Medicamentos en la Lista de Medicamentos	101
B2. Cómo encontrar un medicamento en la Lista de Medicamentos	101
B3. Medicamentos que no están en la Lista de Medicamentos	101
B4. Niveles de la Lista de Medicamentos	102
C. Límites en algunos medicamentos	103
D. Razones por las cuales su medicamento podría no estar cubierto	104
D1. Cómo recibir un suministro temporal	104
E. Cambios en la cobertura de sus medicamentos	107
F. Casos especiales de cobertura de medicamentos	109
F1. Si usted está en un hospital o en una institución de enfermería especializada durante una estadía cubierta por el plan	109
F2. Si está en un establecimiento de cuidados a largo plazo	110



Si tiene preguntas, llame a Neighborhood INTEGRITY al 1-844-812-6896 o al 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m.; y los sábados de 8 a. m. a 12 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

F3. Si está en un programa de hospicio certificado por Medicare	110
G. Programas sobre seguridad y administración de los medicamentos	111
G1. Programas para ayudar a los miembros a usar los medicamentos de forma segura.....	111
G2. Programas para ayudar a los miembros a administrar sus medicamentos	111
G3. Programa de administración de medicamentos para ayudar a los miembros a usar de manera segura sus medicamentos opioides	112



Si tiene preguntas, llame a Neighborhood INTEGRITY al 1-844-812-6896 o al 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m.; y los sábados de 8 a. m. a 12 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

A. Cómo obtener el suministro de sus medicamentos recetados

A1. Cómo obtener sus medicamentos recetados en una farmacia de la red

En la mayoría de los casos, el plan pagará los medicamentos recetados **únicamente** si están surtidos en farmacias de la red del plan. Una farmacia de la red es una farmacia que ha acordado surtir recetas para los miembros de nuestro plan. Puede visitar cualquiera de las farmacias que forman parte de nuestra red.

Para buscar una farmacia de la red, puede consultar el *Directorio de Proveedores y Farmacias*, visitar nuestro sitio web o comunicarse con Servicios para Miembros o con su administrador de atención de salud.

A2. Uso de su tarjeta de identificación de miembro cuando surta una receta

Para surtir su receta, **muestre su tarjeta de identificación de miembro** en su farmacia de la red. La farmacia de la red le facturará al plan sus medicamentos de receta cubiertos.

Si usted no lleva su tarjeta de identificación de miembro cuando surte su receta, pida a la farmacia que llame al plan para obtener la información necesaria.

Si la farmacia no puede obtener de inmediato la información que necesita, tal vez usted deba pagar el costo total de la receta cuando la retire. Después, puede pedirnos el reintegro. Si usted no puede pagar el medicamento, comuníquese inmediatamente con Servicios para miembros. Haremos lo posible para ayudarlo.

- Para saber cómo pedirnos que le reembolsemos el costo del medicamento, consulte el Capítulo 7, Sección A.
- Llame al Servicio para miembros o a su administrador de atención de salud si necesita ayuda para surtir su receta.

A3. Qué debe hacer si quiere cambiar a otra farmacia de la red

Si cambia de farmacia y necesita surtir una receta, puede pedir al proveedor que le entregue una nueva receta o pedir a su farmacia que transfiera la receta a la nueva farmacia si le quedan reposiciones.

Llame al Servicio para miembros o a su administrador de atención de salud si necesita ayuda para cambiar su farmacia de la red.

A4. Qué hacer si su farmacia abandona la red

Si la farmacia que usa deja la red del plan, tendrá que buscar una nueva farmacia de la red.

Si tiene preguntas, llame a Neighborhood INTEGRITY al 1-844-812-6896 o al 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m.; y los sábados de 8 a. m. a 12 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.



Para buscar una nueva farmacia de la red, puede consultar *Directorio de proveedores y farmacias*, visitar nuestro sitio web o comunicarse con Servicios para miembros o con su administrador de atención de salud.

A5. Uso de una farmacia especializada

A veces, los medicamentos de receta deben surtirse en una farmacia especializada. Las farmacias especializadas incluyen:

- Farmacias que proveen medicamentos para tratamiento por infusión en el hogar.
- Farmacias que suministran medicamentos para residentes de establecimientos de cuidados a largo plazo, como un hogar para personas de la tercera edad.
 - Por lo general, los establecimientos de cuidados a largo plazo tienen sus propias farmacias. Si usted es residente de un establecimiento de cuidados a largo plazo, debemos asegurarnos de que reciba los medicamentos que necesita a través de la farmacia del establecimiento.
 - Si la farmacia de su establecimiento de cuidados a largo plazo no pertenece a nuestra red, o tiene dificultades para acceder a sus beneficios de medicamentos en el establecimiento de cuidados a largo plazo, comuníquese con Servicios para miembros.
- Farmacias que atienden el Indian Health Service/Tribal/Urban Indian Health Program. Salvo en caso de emergencias, solo los indios estadounidenses o nativos de Alaska pueden usar estas farmacias.
- Farmacias que surten medicamentos que requieren manejo e instrucciones especiales para su uso.

Para buscar una farmacia especializada, puede consultar *Directorio de proveedores y farmacias*, visitar nuestro sitio web o comunicarse con Servicios para miembros o con su administrador de atención de salud.

A6. Uso del servicio de pedido por correo para recibir sus medicamentos

Para cierto tipo de medicamentos, puede usar el servicio de pedido por correo de la red del plan. Por lo general, los medicamentos disponibles por correo son medicamentos que usted toma regularmente, por una afección médica crónica o de largo plazo.

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

Si tiene preguntas, llame a Neighborhood INTEGRITY al 1-844-812-6896 o al 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m.; y los sábados de 8 a. m. a 12 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.



Cómo obtener sus medicamentos recetados por correo

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

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

Por lo general, un pedido de medicamentos a través del servicio de correo le llega dentro de los 10 días. Si su pedido de receta por correo se retrasa y necesita un suministro de emergencia de una farmacia minorista, llame a Servicios para Miembros para obtener ayuda con una solicitud de anulación.

Procesos de pedido por correo

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

1. Nuevas recetas que la farmacia recibe de usted

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

2. Nuevas recetas que la farmacia recibe directamente del consultorio del proveedor

La farmacia repondrá y entregará automáticamente las nuevas recetas que reciba de los proveedores de atención médica, sin consultar primero con usted, si:

- Usó servicios de pedido por correo con este plan en el pasado, o
- Usted se registra para recibir automáticamente todas las recetas nuevas que obtiene directamente de los proveedores de atención médica. Puede solicitar la entrega automática de todas las recetas nuevas ahora o en cualquier momento si su médico continúa enviándonos sus recetas. Llame a Servicios para Miembros para obtener más ayuda.

Si utilizó pedidos por correo en el pasado y no desea que la farmacia reponga y envíe automáticamente cada receta nueva, comuníquese con nosotros llamando a Servicios para Miembros.

Si nunca ha utilizado nuestra entrega de pedidos por correo o decide suspender las reposiciones automáticas de nuevas recetas, la farmacia se comunicará con usted cada vez



Si tiene preguntas, llame a Neighborhood INTEGRITY al 1-844-812-6896 o al 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m.; y los sábados de 8 a. m. a 12 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

que reciba una nueva receta de un proveedor de atención médica para verificar si desea que el medicamento se reponga y se envíe de inmediato.

- Esto le permitirá asegurarse de que la farmacia envíe el medicamento correcto (incluida la concentración, cantidad y presentación) y, si es necesario, le permitirá cancelar o demorar el pedido antes del envío.
- Es importante que responda cada vez que lo contacte la farmacia, para informarles qué hacer con la nueva receta y evitar demoras en el envío.

Para no recibir entregas automáticas de recetas nuevas que recibió directamente del consultorio de su proveedor de atención médica, comuníquese con nosotros llamando a Servicios para Miembros.

3. Reposición de recetas pedidas por correo

Para la reposición de sus medicamentos, tiene la opción de inscribirse en un programa de reposición automática. A través de este programa, comenzaremos a procesar su próxima reposición automáticamente cuando nuestros registros muestren que debe estar a punto de quedarse sin su medicamento.

- La farmacia se comunicará con usted antes de enviar cada reposición para asegurarse de que necesita más medicamentos, y puede cancelar las reposiciones programadas si tiene suficiente de su medicamento o si su medicamento ha cambiado.
- Si elige no utilizar nuestro programa de reposición automática, comuníquese con su farmacia 15 días antes de la fecha en que cree que se le agotará el suministro que tiene disponible para estar seguro de que el pedido siguiente le llegue a tiempo.

Para salirse de nuestro programa que prepara automáticamente las reposiciones de pedidos por correo, contáctenos llamando a Servicios para Miembros.

Para que la farmacia se pueda comunicar con usted para confirmar el pedido antes de enviarlo, asegúrese de que la farmacia sepa cuál es la mejor forma 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. Cómo obtener un suministro a largo plazo de medicamentos

Usted puede obtener un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento de la Lista de Medicamentos de nuestro plan. Los medicamentos de mantenimiento son medicamentos que usted toma regularmente, por una afección médica crónica o de largo plazo.



Si tiene preguntas, llame a Neighborhood INTEGRITY al 1-844-812-6896 o al 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m.; y los sábados de 8 a. m. a 12 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

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

Para cierto tipo de medicamento, puede usar el servicio de pedido por correo de la red del plan para obtener un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. Consulte la sección anterior (Sección A6) para conocer el servicio de pedido por correo.

A8. Uso de una farmacia que no esté en la red del plan

Por lo general, pagamos por los medicamentos surtidos en una farmacia fuera de la red *solamente* cuando usted no puede usar una farmacia de la red. Tenemos farmacias de la red fuera de nuestra área de servicios donde puede surtir sus recetas como miembro de nuestro plan.

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

- Una emergencia declarada por FEMA
- El tratamiento de una enfermedad mientras viaja fuera del área de servicios del plan pero dentro de los Estados Unidos, donde no hay una farmacia de la red

En estos casos, consulte primero con Servicios para miembros para ver si hay una farmacia de la red cerca.

A9. Reintegro si usted paga un medicamento de receta

Si usted debe usar una farmacia fuera de la red, generalmente tendrá que pagar el costo total cuando reciba su medicamento de receta. Puede pedirnos que le devolvamos lo que pagó.

Para obtener más información sobre este tema, consulte el Capítulo 7, Sección A.

B. La Lista de Medicamentos del plan

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

Los medicamentos de la Lista de medicamentos han sido elegidos por el plan con la ayuda de un equipo de médicos y farmacéuticos. La Lista de medicamentos también le permite saber si tiene que cumplir alguna regla para obtener sus medicamentos.



Si tiene preguntas, llame a Neighborhood INTEGRITY al 1-844-812-6896 o al 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m.; y los sábados de 8 a. m. a 12 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

Por lo general, cubriremos un medicamento de la Lista de medicamentos del plan siempre y cuando usted cumpla las reglas que se explican en este capítulo.

B1. Medicamentos en la Lista de Medicamentos

La Lista de medicamentos incluye los medicamentos que cubre Medicare Parte D y algunos medicamentos de receta, y medicamentos y artículos de venta libre cubiertos bajo sus beneficios de Medicaid.

La Lista de Medicamentos incluye medicamentos de marca, por ejemplo, Synthroid® y medicamentos genéricos, por ejemplo, Levotiroxina. Los medicamentos genéricos están preparados con los mismos ingredientes activos que los medicamentos de marca comercial. Por lo general, tienen el mismo efecto que los medicamentos de marca comercial y habitualmente cuestan menos.

Nuestro plan también cubre ciertos medicamentos y productos de venta libre. Algunos medicamentos de venta libre cuestan menos que los medicamentos de receta y tienen el mismo efecto. Llame al Servicio para miembros para obtener más información.

B2. Cómo encontrar un medicamento en la Lista de Medicamentos

Para averiguar si un medicamento que está tomando está en la Lista de medicamentos, usted puede:

- Revisar la última Lista de medicamentos que le enviamos por correo.
- Visite el sitio web del plan en www.nhpri.org/INTEGRITY. La Lista de medicamentos del sitio web siempre es la más actualizada.
- Llame a Servicios para miembros para averiguar si un medicamento está en la Lista de medicamentos o para pedir una copia de la lista.

B3. Medicamentos que no están en la Lista de Medicamentos

El plan no cubre todos los medicamentos de receta. Algunos medicamentos no están en la Lista de medicamentos porque la legislación no autoriza la cobertura de esos medicamentos. En otros casos, hemos decidido no incluir un medicamento en la Lista de medicamentos.

Neighborhood INTEGRITY no pagará por los medicamentos incluidos en esta sección. Estos se denominan **medicamentos excluidos**. Si usted tiene una receta para un medicamento excluido, deberá pagarlo por su cuenta. Si usted cree que debemos pagar por un medicamento excluido debido a su situación, puede presentar una apelación. (Para saber cómo presentar una apelación, consulte el Capítulo 9.)

Si tiene preguntas, llame a Neighborhood INTEGRITY al 1-844-812-6896 o al 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m.; y los sábados de 8 a. m. a 12 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.



Aquí incluimos tres reglas generales para los medicamentos excluidos:

1. La cobertura de medicamentos para pacientes externos de nuestro plan (que incluye medicamentos de la Parte D y Medicaid) no puede pagar por un medicamento que ya estaría cubierto por la Parte A o la Parte B de Medicare. Los medicamentos cubiertos por Parte A o Parte B de Medicare están cubiertos por Neighborhood INTEGRITY sin costo alguno pero no están incluidos en sus beneficios de medicamentos de receta para pacientes externos.
2. Nuestro plan no puede cubrir un medicamento comprado fuera de los Estados Unidos y sus territorios.
3. El uso del medicamento debe estar aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos o debe tener el respaldo de ciertas remisiones médicas para el tratamiento de su enfermedad. Su proveedor podría recetar un determinado medicamento para el tratamiento de su enfermedad, aun cuando no esté aprobado para el tratamiento de su enfermedad. Esto se denomina uso extraoficial (uso para una indicación no autorizada). Generalmente, nuestro plan no cubre medicamentos cuando se recetan para un uso extraoficial.

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

- Medicamentos para aumentar la fertilidad
- Medicamentos utilizados con fines cosméticos o para favorecer el crecimiento del cabello
- Vitaminas y productos minerales recetados, salvo vitaminas prenatales y preparados de flúor
- Medicamentos utilizados para el tratamiento de la disfunción sexual o eréctil, como Viagra®, Cialis®, Levitra®, y Caverject®
- Medicamentos para pacientes externos cuando la empresa que los fabrica dice que solo ellos pueden hacerle pruebas o servicios

B4. Niveles de la Lista de Medicamentos

Cada medicamento de la Lista de medicamentos del plan está en uno de los 3 niveles. Un nivel es un grupo de medicamentos del mismo tipo, por lo general, (por ejemplo, de marca comercial, genérico o de venta libre).

- El nivel 1 incluye medicamentos genéricos
- El nivel 2 incluye medicamentos de marca
- El nivel 3 incluye medicamentos recetados que no son de Medicare y medicamentos de venta libre (OTC)

Para averiguar en qué nivel está su medicamento, consulte la Lista de medicamentos del plan.



Si tiene preguntas, llame a Neighborhood INTEGRITY al 1-844-812-6896 o al 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m.; y los sábados de 8 a. m. a 12 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

En el Capítulo 6, Sección C4, se explica lo que usted pagará por sus medicamentos de cada nivel.

C. Límites en algunos medicamentos

Para ciertos medicamentos de receta, existen reglas especiales que limitan la forma en que el plan los cubre y en qué circunstancias. En general, nuestras reglas lo alientan a obtener un medicamento que resulte adecuado para su enfermedad y que además, sea seguro y eficaz. Cuando un medicamento seguro y de menor costo es tan eficaz para su enfermedad como uno de mayor costo, el plan espera que su proveedor le recete el medicamento de menor costo.

Si existe una regla especial para su medicamento, por lo general significa que usted o su proveedor tendrán que tomar algunas medidas adicionales para que cubramos el medicamento. Por ejemplo, su proveedor quizá tenga que indicarnos cuál es su diagnóstico o presentar los resultados de su análisis de sangre primero. Si usted o su proveedor creen que, en su situación, no se debería aplicar nuestra regla, debería pedirnos que hagamos una excepción. Es posible que aceptemos o no su uso del medicamento sin tomar otras medidas.

Para obtener más información sobre cómo pedir excepciones, consulte el Capítulo 9.

1. Limitar el uso de medicamentos de marca comercial cuando está disponible una versión genérica

Por lo general, un medicamento genérico funciona con la misma eficacia que un medicamento de marca comercial, y usualmente cuesta menos. En la mayoría de los casos, hay una versión genérica de un medicamento de marca comercial, las farmacias de nuestra red le darán la versión genérica.

- Por lo general, no pagaremos por el medicamento de marca comercial cuando exista una versión genérica.
- Sin embargo, si su proveedor nos informa la razón médica por la que el medicamento genérico no le funcionaría o nos informa la razón médica por la que ni el medicamento genérico ni otros medicamentos cubiertos que tratan la misma afección funcionarán para usted, entonces cubriremos el medicamento de marca comercial.

2. Obtener autorización del plan con anticipación

Para ciertos medicamentos, usted o su proveedor deberán obtener la aprobación de Neighborhood INTEGRITY antes de que usted pueda obtener el medicamento. Neighborhood INTEGRITY podría no cubrir el medicamento si usted no obtiene autorización.

3. Probar primero un medicamento diferente

Si tiene preguntas, llame a Neighborhood INTEGRITY al 1-844-812-6896 o al 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m.; y los sábados de 8 a. m. a 12 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.



En general, el plan quiere que usted pruebe medicamentos de menor costo (que con frecuencia son igual de efectivos) antes de que el plan cubra los medicamentos de mayor costo. Por ejemplo, si el Medicamento A y el Medicamento B se usan ambos para tratar su enfermedad, y el Medicamento A cuesta menos que el Medicamento B, el plan puede requerir que primero pruebe el Medicamento A.

Si el Medicamento A no le da resultados, entonces el plan cubrirá el Medicamento B. Esto es lo que se llama terapia escalonada.

4. Límites de cantidad

Con ciertos medicamentos, limitamos la cantidad que usted puede obtener. Esto se denomina límite de cantidad. Por ejemplo, el plan podría limitar la cantidad de un medicamento que recibe cada vez que surte su receta.

Para averiguar si alguna de estas reglas especificadas arriba se aplica a un medicamento que usted toma o quiere tomar, debe consultar 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 cuales su medicamento podría no estar cubierto

Tratamos de hacer que la cobertura de medicamentos funcione bien para usted, pero a veces es posible que un medicamento no esté cubierto de la forma en que a usted le gustaría. Por ejemplo:

- El medicamento que quiere tomar no está cubierto por el plan. El medicamento podría no estar en la Lista de medicamentos. Podría estar cubierta una versión genérica del medicamento, pero no la versión de marca comercial que usted quiere tomar. Un medicamento podría ser nuevo y no haber sido aún revisado para evaluar su seguridad y eficacia.
- El medicamento está cubierto, pero existen reglas especiales o límites para la cobertura del mismo. Como se explicó en la sección anterior (Sección C), algunos de los medicamentos cubiertos por el plan tienen reglas que limitan su uso. En algunos casos, usted o el médico que lo recetó tal vez desean pedir una excepción a una regla.

Hay cosas que se pueden hacer si un medicamento no está cubierto de la forma en que a usted le gustaría.

D1. Cómo recibir un suministro temporal

En algunos casos, el plan puede entregarle un suministro temporal de un medicamento, cuando el medicamento no está en la Lista de medicamentos o cuando tiene algún tipo de limitación. Esto le



Si tiene preguntas, llame a Neighborhood INTEGRITY al 1-844-812-6896 o al 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m.; y los sábados de 8 a. m. a 12 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

da tiempo para conversar con su proveedor con respecto a recibir un medicamento diferente o pedirle al plan que cubra el medicamento.

Para recibir un suministro temporal de un medicamento, usted debe cumplir con las dos reglas siguientes:

1. El medicamento que usted ha estado tomando:

- ya no está en la Lista de Medicamentos del plan, o
- nunca estuvo en la Lista de Medicamentos del plan, o
- ahora está limitado en cierta forma.

2. Usted debe estar en una de estas situaciones:

- Usted 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 por un máximo de:
 - 30 días si usted **no** vive en un establecimiento de cuidado a largo plazo.
 - 31 días si usted **vive** en un establecimiento de cuidado a largo plazo, y
 - 90 días para medicamentos cubiertos por Medicaid.
 - Si se entrega una receta por menos días, autorizaremos múltiples reposiciones para proveer hasta un máximo de medicamento para 30 días. Debe obtener sus medicamentos de receta en una farmacia de la red.
 - Las farmacias de atención a largo plazo pueden proporcionar su medicamento recetado en cantidades pequeñas a la vez para evitar el desperdicio.
- Usted es nuevo en el plan.
 - Cubriremos un suministro temporal de su medicamento **durante los primeros 90 días de su inscripción inicial en el plan.**
 - Este suministro temporal será por un máximo de:
 - 30 días si usted **no vive** en un establecimiento de cuidado a largo plazo.



Si tiene preguntas, llame a Neighborhood INTEGRITY al 1-844-812-6896 o al 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m.; y los sábados de 8 a. m. a 12 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

- 31 días si usted **vive** en un establecimiento de cuidado a largo plazo, y
- 90 días para medicamentos cubiertos por Medicaid.
- Si se entrega una receta por menos días, autorizaremos múltiples reposiciones para proveer hasta un suministro máximo de medicamento para 30 días de un medicamento incluido en la Parte D o 90 días de un medicamento cubierto por Medicaid. Debe obtener sus medicamentos de receta en una farmacia de la red.
- Las farmacias de atención a largo plazo pueden proporcionar su medicamento recetado en cantidades pequeñas a la vez para evitar el desperdicio.
- Usted ha estado en el plan durante más de 90 días y vive en un establecimiento de cuidado a largo plazo, y necesita un suministro inmediatamente.
 - Cubriremos un suministro para 31 días, o menos, si su receta se extiende para menos días. Esto se agrega al suministro temporal que figura más arriba.
 - Si su nivel de atención cambia, cubriremos un suministro para 31 días.
 - Para solicitar un suministro temporal de un medicamento, comuníquese con el Servicio para miembros.

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

- Usted puede cambiar y tomar otro medicamento.

Es posible que haya otro medicamento cubierto por el plan que funcione para usted. Puede comunicarse con Servicios para miembros para pedir una lista de medicamentos cubiertos que tratan la misma afección. La lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que resulte adecuado para su caso.

O

- Puede solicitar una excepción.

Usted y su proveedor pueden pedirle al plan de salud que haga una excepción. Por ejemplo, pueden pedirle al plan que cubra el medicamento que no está en la Lista de medicamentos. O, pueden pedirle al plan que cubra el medicamento sin aplicar límites. Si su proveedor dice que usted tiene una razón médica válida para una excepción, el proveedor le puede ayudar a solicitar una excepción.

Si tiene preguntas, llame a Neighborhood INTEGRITY al 1-844-812-6896 o al 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m.; y los sábados de 8 a. m. a 12 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.



Si un medicamento que está tomando es retirado de la Lista de medicamentos o tiene alguna limitación de algún tipo para el año siguiente, le permitiremos solicitar una excepción antes del próximo año.

- Le informaremos con respecto a cualquier cambio en la cobertura del medicamento para el próximo año. Después puede pedirnos una excepción y solicitar que cubramos el medicamento de la forma en que desea que lo cubramos para el próximo año.
- Responderemos su pedido de excepción dentro de las 72 horas de recibido el pedido (o la certificación de respaldo del profesional que le recetó el medicamento).

Para obtener más información sobre cómo pedir una excepción, consulte el Capítulo 9.

Si necesita ayuda para solicitar una excepción, puede comunicarse con el Servicio de atención a los miembros.

E. Cambios en la cobertura de sus medicamentos

La mayoría de los cambios en la cobertura de medicamentos ocurren el 1 de enero, pero Neighborhood INTEGRITY puede incorporar o eliminar medicamentos de la Lista de Medicamentos durante el año. También podemos modificar nuestras normas con relación a los medicamentos. Por ejemplo, podemos:

- Decidir que pediremos o no pediremos autorización previa para un medicamento. (Autorización previa es el permiso de Neighborhood INTEGRITY para que usted pueda obtener un medicamento).
- Agregar o modificar la cantidad de un medicamento que usted puede obtener (se denomina “límite de cantidad”).
- Agregar o modificar las restricciones de tratamiento escalonado de un medicamento. (Tratamiento escalonado significa que usted debe probar un medicamento antes de que le cubramos otro medicamento).

Para obtener más información sobre estas normas que regulan el uso de medicamentos, consulte la Sección C anteriormente en este capítulo.

Si usted está tomando un medicamento que estaba cubierto a **principios** de año, generalmente no eliminaremos ni modificaremos la cobertura de ese medicamento **durante el resto del año** a menos que:

- aparezca en el mercado un nuevo medicamento más económico que funciona igual de bien que un medicamento que está actualmente en la Lista

Si tiene preguntas, llame a Neighborhood INTEGRITY al 1-844-812-6896 o al 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m.; y los sábados de 8 a. m. a 12 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.



- nos enteremos de que el medicamento no es seguro, o
- el medicamento sea retirado del mercado.

Para obtener más información sobre lo que sucede cuando se modifica la Lista de Medicamentos, siempre puede:

- Consultar la Lista actualizada de medicamentos de Neighborhood INTEGRITY en línea en www.nhpri.org/INTEGRITY o
- Llamar a Servicios para Miembros para consultar la Lista de Medicamentos vigente al 1-844-812-6896.

Algunas modificaciones de la Lista de medicamentos se producen **inmediatamente**. Por ejemplo:

- **Aparece un nuevo medicamento genérico.**
- A veces, aparece en el mercado un nuevo medicamento que funciona igual de bien que un medicamento de marca que está incluido en la Lista de medicamentos. Si eso sucede, es posible que eliminemos el medicamento de marca e incorporemos el nuevo medicamento genérico, pero el costo que usted pagará por el nuevo medicamento será el mismo.
- Cuando incorporemos el nuevo medicamento genérico, también es posible que decidamos conservar el medicamento de marca en la lista, pero modifiquemos sus reglas o límites de cobertura.
 - Es posible que no le informemos antes de realizar este cambio, pero le enviaremos información sobre el cambio específico una vez que lo hayamos realizado.
 - Usted o su proveedor pueden solicitar una excepción a estos cambios. Le enviaremos una notificación con los pasos a seguir para solicitar una excepción. Consulte el Capítulo 9 de este manual para obtener más información sobre las excepciones.
- **Un medicamento es retirado del mercado.** Si la Administración de Medicamentos y Alimentos (FDA) considera que algún medicamento que usted está tomando no es seguro o el fabricante de un medicamento decide retirarlo del mercado, lo eliminaremos de la Lista de medicamentos. Si usted está tomando dicho medicamento, recibirá una notificación. Su proveedor también se enterará del cambio. Su proveedor puede trabajar con usted para encontrar otro.

Es posible que realicemos otros cambios relativos a los medicamentos que usted toma. En caso de realizar otros cambios a la Lista de medicamentos, se lo notificaremos con anticipación.



Si tiene preguntas, llame a Neighborhood INTEGRITY al 1-844-812-6896 o al 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m.; y los sábados de 8 a. m. a 12 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

Estos cambios pueden producirse si:

- La FDA proporciona nuevas pautas o se publican nuevas directrices clínicas sobre un medicamento,
- Incorporamos un medicamento genérico que es nuevo en el mercado y
 - Reemplazamos un medicamento de marca que se encuentra actualmente en la Lista de medicamentos o
 - Modificamos las reglas o los límites de cobertura para el medicamento de marca.

Cuando se produzcan estos cambios:

- Se lo informaremos por lo menos 30 días antes de modificar la Lista de medicamentos o
- Se lo informaremos y le proporcionaremos un suministro del medicamento para 30 días cuando usted solicite la reposición.

Esto le dará tiempo de hablar con su médico o con el profesional que le receta el medicamento. Este podrá ayudarle a decidir:

- Si hay un medicamento similar en la Lista de medicamentos que usted pueda tomar en su lugar o
- Si es conveniente solicitar una excepción a estos cambios. Para obtener más información sobre cómo pedir excepciones, consulte el Capítulo 9.

Es posible que hagamos cambios que no afecten a los medicamentos que usted toma actualmente. Para dichos cambios, si usted está tomando un medicamento que cubrimos a **principios** de año, generalmente no eliminaremos ni modificaremos la cobertura de ese medicamento **durante el resto del año.**

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

F. Casos especiales de cobertura de medicamentos

F1. Si usted está en un hospital o en una institución de enfermería especializada durante una estadía cubierta por el plan

Si usted ingresa en un hospital o en una institución de enfermería especializada durante una estadía cubierta por el plan, generalmente cubriremos el costo de sus medicamentos de receta



Si tiene preguntas, llame a Neighborhood INTEGRITY al 1-844-812-6896 o al 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m.; y los sábados de 8 a. m. a 12 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

durante su estadía. No tendrá que pagar un copago. Una vez que deje el hospital o la institución de enfermería especializada, el plan cubrirá los medicamentos siempre y cuando usted cumpla con nuestras reglas de cobertura.

F2. Si está en un establecimiento de cuidados a largo plazo

Por lo general, los establecimientos de cuidados a largo plazo, por ejemplo, los hogares para personas de la tercera edad, tienen su propia farmacia o una farmacia que provee medicamentos para todos sus residentes. Si usted está viviendo en un establecimiento de cuidados a largo plazo, es posible que reciba sus medicamentos de receta a través de la farmacia de la institución si forma parte de nuestra red.

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

F3. Si está en un programa de hospicio certificado por Medicare

Los medicamentos nunca están cubiertos por servicios de hospicio y nuestro plan al mismo tiempo.

- Si usted está inscrito en un hospicio de Medicare y necesita medicamentos para el dolor, las náuseas, laxantes o para controlar la ansiedad, que no estén cubiertos por su hospicio porque no están relacionados con su pronóstico de enfermedad terminal o enfermedades relacionadas, nuestro plan debe tener notificación del profesional que indicó el medicamento, o del proveedor de hospicio que indique que el medicamento no está relacionado antes de que nuestro plan cubra el medicamento.
- Para evitar demoras al recibir los medicamentos no relacionados que deben ser cubiertos por nuestro plan, puede pedir a su proveedor de hospicio o profesional que le extiende la receta, que se asegure de que tengamos el aviso de que el medicamento no está relacionado antes de pedirle a la farmacia la reposición de su receta.

Si deja el hospicio, nuestro plan debe cubrir la totalidad de sus medicamentos. Para evitar demoras en una farmacia cuando finalicen sus beneficios de hospicio de Medicare, debería llevar documentación a la farmacia para verificar que usted ha dejado el hospicio. Consulte las partes anteriores de este capítulo que le informan cuáles son las reglas para tener cobertura de medicamentos bajo la Parte D.

Para obtener más información sobre el beneficio de cuidados paliativos, consulte el Capítulo 4, Secciones D y E1.



Si tiene preguntas, llame a Neighborhood INTEGRITY al 1-844-812-6896 o al 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m.; y los sábados de 8 a. m. a 12 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

G. Programas sobre seguridad y administración de los medicamentos

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

Cada vez que surte una receta, tratamos de ver si existe algún posible problema, como errores de medicamentos o medicamentos que:

- Quizá no se necesiten porque usted está tomando otro que tiene el mismo efecto
- Quizá no sean seguros por su edad o sexo
- Podrían causarle algún daño al tomarlos al mismo tiempo
- Tiene ingredientes a los que es o puede ser alérgico
- Tiene cantidades poco seguras de analgésicos opioides

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

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

Si usted toma medicación para diferentes enfermedades, es posible que sea elegible para recibir servicios, sin costo alguno para usted, a través de un programa de administración de tratamiento farmacológico (MTM). Este programa lo ayuda a usted y a su proveedor a asegurarse de que sus medicamentos estén trabajando para mejorar su salud. Un farmacéutico u otro profesional de la salud realizará una evaluación integral de todos sus medicamentos y conversará con usted sobre:

- Cómo obtener el máximo beneficio de los medicamentos que toma
- Cualquier preocupación que tenga, por ejemplo, costos de los medicamentos y reacciones frente a la medicación
- Cuál es la mejor forma de tomar sus medicamentos
- Cualquier pregunta o problemas que tenga con respecto a sus medicamentos de receta y de venta libre

Usted recibirá un resumen escrito de esta conversación. El resumen incluye un plan de acción relacionado con los medicamentos con recomendaciones sobre lo que puede hacer para aprovechar mejor sus medicamentos. También recibirá una lista de su medicación personal que incluye todos los medicamentos que está tomando y por qué los toma.



Si tiene preguntas, llame a Neighborhood INTEGRITY al 1-844-812-6896 o al 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m.; y los sábados de 8 a. m. a 12 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

Le recomendamos que programe una evaluación de su medicación antes de su visita de “Bienestar” de todos los años, para poder conversar con su proveedor sobre su plan de acción y su lista de medicamentos. Lleve su plan de acción y la lista de medicamentos cuando concurra a la consulta o cuando hable con sus médicos, farmacéuticos u otros proveedores de cuidados de salud. Además, lleve su lista de medicamentos si concurre al hospital o sala de emergencias.

Los programas de administración de tratamiento farmacológico son voluntarios y gratuitos para los miembros que califican. Si tenemos un programa apto para sus necesidades, lo inscribiremos en el programa y le enviaremos información. Si no desea estar en el programa, háganos llegar esta información y lo retiraremos del programa.

Llame al Servicio para miembros o a su administrador de atención de salud si tiene preguntas sobre estos programas.

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

Neighborhood INTEGRITY tiene un programa que puede ayudar a los miembros a usar de manera segura sus medicamentos opioides recetados u otros medicamentos de los que se abusa con frecuencia. Este programa se denomina Programa de Administración de Medicamentos (DMP).

Si usa medicamentos opioides que obtiene de varios médicos o farmacias, podemos hablar con sus médicos para asegurarnos de que su uso sea apropiado y médicamente necesario. Trabajar con sus médicos, si decidimos que usted está en riesgo de mal uso o abuso de sus medicamentos opioides o benzodiacepinas, podemos limitar cómo puede obtener dichos medicamentos. Las limitaciones pueden incluir:

- Requerir de usted que obtenga todas las recetas de esos medicamentos **de una farmacia o de un médico**
- **Limitar la cantidad** de dichos medicamentos que cubriremos para usted

Si decidimos que deben aplicársele una o varias limitaciones, le enviaremos una carta por adelantado. La carta explicará las limitaciones que creemos que deberían aplicarse.

Usted tendrá la oportunidad de decirnos cuáles médicos o farmacias prefiere usar. Si cree que cometimos un error, no está de acuerdo con estar en riesgo de abuso de medicamentos recetados, o no está de acuerdo con la limitación, usted y su médico pueden presentar una apelación. (Para saber cómo presentar una apelación, consulte el Capítulo 9.)

Es posible que el DMP no se aplique a usted si:

- usted tiene ciertas afecciones médicas, como cáncer,



Si tiene preguntas, llame a Neighborhood INTEGRITY al 1-844-812-6896 o al 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m.; y los sábados de 8 a. m. a 12 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

- está recibiendo cuidados terminales, paliativos o al final de su vida, o
- vive en un centro de cuidados a largo plazo.



Si tiene preguntas, llame a Neighborhood INTEGRITY al 1-844-812-6896 o al 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m.; y los sábados de 8 a. m. a 12 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

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

Introducción

Este capítulo habla de lo que usted paga por sus medicamentos de receta de paciente externo. Cuando hablamos de “medicamentos”, queremos decir:

- Medicamentos de receta de Medicare Parte D, **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, usted recibe “Ayuda adicional” de Medicare para ayudar a pagar sus costos del plan de medicamentos de receta de Medicare Parte D.

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

Otras palabras importantes y sus definiciones se encuentran en orden alfabético en el último capítulo del *Manual del Miembro*.

Para saber más de sus medicamentos de receta, puede leer:

- *Lista de Medicamentos Cubiertos* del plan.
 - La llamamos la “Lista de medicamentos”. Le dice:
 - Los medicamentos que paga el plan
 - En cuál de los 3 niveles está cada medicamento
 - Si el medicamento tiene algún límite
 - Si necesita una copia de la Lista de medicamentos, llame al Servicio para miembros. También puede encontrar la Lista de Medicamentos en www.nhpri.org/INTEGRITY. La Lista de medicamentos del sitio web siempre es la más actualizada.

Si tiene preguntas, llame a Neighborhood INTEGRITY al 1-844-812-6896 o al 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m.; y los sábados de 8 a. m. a 12 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.



- Capítulo 5 del *Manual del Miembro*.
 - El Capítulo 5 le dice cómo obtener medicamentos de receta a través del plan.
 - Incluye las reglas que usted debe seguir. También le dice qué tipos de medicamentos de receta no están cubiertos por nuestro plan.
- *Directorio de Proveedores y Farmacias* del plan.
 - En la mayoría de los casos, usted deberá usar una farmacia de la red para obtener sus medicamentos cubiertos. Las farmacias de la red son farmacias que aceptaron trabajar con nuestro plan.
 - El *Directorio de Proveedores y Farmacias* tiene una lista de las farmacias de la red. Puede leer más sobre las farmacias de la red en el Capítulo 5, Sección A1.

Índice

A. <i>Explicación de los Beneficios</i> (EOB).....	116
B. Cómo hacer seguimiento de los costos de sus medicamentos	116
C. Usted no paga nada por un suministro de medicamentos que recibe por un mes o a largo plazo	117
C1. Los niveles del plan	118
C2. Sus opciones de farmacia	118
C3. Cómo obtener un suministro a largo plazo de un medicamento	118
C4. Lo que usted paga	118
D. Vacunas.....	119
D1. Lo que debe saber antes de su vacunación	120



Si tiene preguntas, llame a Neighborhood INTEGRITY al 1-844-812-6896 o al 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m.; y los sábados de 8 a. m. a 12 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

A. Explicación de los Beneficios (EOB)

Nuestro plan lleva un registro de sus medicamentos de receta. Llevamos el registro de dos tipos de costos:

- Sus **costos de bolsillo**. Esta es la cantidad de dinero que usted o un tercero pagan en su nombre por sus medicamentos de receta.
- Sus **costos totales de medicamentos**. Esta es la cantidad de dinero que usted o un tercero pagan en su nombre por sus medicamentos de receta, más la cantidad que paga el plan.

Cuando usted recibe medicamentos de receta a través del plan, le enviamos un informe llamado *Explicación de los Beneficios*. Lo llamamos EOB para abreviar. La EOB incluye:

- **Información del mes**. El informe dice qué medicamentos de receta recibió usted. Muestra el total de los costos por medicamento, cuánto pagó el plan y cuánto ha pagado usted y los terceros que pagan por usted.
- **Información sobre “lo que va del año”**. Este es el costo total de medicamentos y el total de pagos desde el 1.º de enero.

Ofrecemos cobertura de los medicamentos que no cubre Medicare.

- Los pagos por estos medicamentos no cuentan para el total de sus costos de bolsillo.
- Para averiguar qué medicamentos cubre nuestro plan, lea la Lista de medicamentos.

B. Cómo hacer seguimiento de los costos de sus medicamentos

Para llevar la cuenta de sus costos de medicamentos y los pagos que ha hecho, usamos los registros que obtenemos de usted y de su farmacia. Cómo nos puede ayudar:

1. Utilice su tarjeta de identificación de miembro.

Muestre su tarjeta de identificación de miembro cada vez que surta una receta. Esto nos ayudará a saber qué medicamentos surte y cuánto paga.

2. Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos.

Envíenos copias de los recibos de los medicamentos por los que haya pagado. Puede pedirnos que le devolvamos lo que usted pagó por el medicamento.

Si tiene preguntas, llame a Neighborhood INTEGRITY al 1-844-812-6896 o al 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m.; y los sábados de 8 a. m. a 12 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.



Estas son algunas de las veces en que deberá enviarnos copias de sus recibos.

- Cuando usted compre un medicamento cubierto en una farmacia de la red a un precio especial o usando una tarjeta de descuento que no sea parte de los beneficios de nuestro plan.
- Cuando haga un copago por medicamentos que usted obtenga con un programa de asistencia al paciente de un fabricante de medicamentos.
- Cuando usted compre medicamentos cubiertos en una farmacia fuera de la red
- Cuando usted pague el costo completo de un medicamento cubierto

Para saber cómo pedirnos que le reembolsemos lo que pagó por el medicamento, consulte el Capítulo 7, Sección A.

3. Envíenos la información sobre los pagos que un tercero haya hecho por usted.

Los pagos hechos por otras personas y organizaciones también cuentan para sus costos de bolsillo. Por ejemplo, los pagos realizados por un programa de asistencia farmacéutica del estado, un programa de asistencia de medicamentos para el SIDA, el Indian Health Service y la mayoría de las organizaciones de caridad cuentan para sus costos de bolsillo.

4. Revise los informes que le enviamos.

Cuando usted reciba una *Explicación de Beneficios*, asegúrese de que esté completa y correcta. Si le parece que hay algún error o que algo falta en el informe, o si tiene alguna pregunta, llame al Servicio para miembros. Tiene la opción de recibir su Explicación de Beneficios de la Parte D electrónicamente. La versión electrónica proporciona la misma información y en el mismo formato que la Explicación de Beneficios impresa que recibe hoy. Para comenzar a recibir la Explicación electrónica de beneficios, vaya a www.caremark.com o llame a Servicios para Miembros para registrarse. Recibirá una notificación por correo electrónico cuando tenga una nueva Explicación de Beneficios para su consulta. Asegúrese de guardar estos informes. Son un registro importante de sus gastos médicos.

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

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



Si tiene preguntas, llame a Neighborhood INTEGRITY al 1-844-812-6896 o al 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m.; y los sábados de 8 a. m. a 12 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

C1. Los niveles del plan

Los niveles son grupos de medicamentos incluidos en la Lista de medicamentos. Cada medicamento de la Lista de medicamentos del plan está en uno de los 3 niveles. Usted no tiene que pagar copagos por los medicamentos de receta y los medicamentos sin receta de la Lista de medicamentos de Neighborhood INTEGRITY. Para conocer los niveles de sus medicamentos, puede buscar en la Lista de medicamentos.

- Los medicamentos del Nivel 1 son los genéricos.
- Los medicamentos del Nivel 2 son los medicamentos de marca.
- Los medicamentos del Nivel 3 son medicamentos recetados y de venta libre (OTC) que no son de Medicare

C2. Sus opciones de farmacia

La cantidad que pague por un medicamento depende de si lo recibe en:

- una farmacia de la red, o
- una farmacia fuera de la red.

En casos limitados, cubrimos las recetas que se surtan fuera de la red. Consulte el Capítulo 5, Sección A8, para averiguar cuándo lo haremos.

Para saber más sobre estas opciones de farmacias, consulte el Capítulo 5, Sección A3 de este manual y el *Directorio de Proveedores y Farmacias*.

C3. Cómo obtener un suministro a largo plazo de un medicamento

Usted puede obtener un suministro a largo plazo de algunos medicamentos (también conocido como “suministro extendido”) cuando surta su receta. Un suministro a largo plazo es un suministro de hasta 90 días. Un suministro a largo plazo no tiene costo alguno para usted.

Consulte los detalles de cómo y dónde obtener un suministro a largo plazo en el Capítulo 5, Sección A7 o en el *Directorio de Proveedores y Farmacias*.

C4. Lo que usted paga

Su parte del costo de un suministro para un mes o a largo plazo de un medicamento de receta cubierto de:



Si tiene preguntas, llame a Neighborhood INTEGRITY al 1-844-812-6896 o al 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m.; y los sábados de 8 a. m. a 12 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

	Una farmacia de la red	El servicio de pedido por correo del plan	Una farmacia de cuidados a largo plazo de la red	Una farmacia fuera de la red
	Un suministro para un mes o de hasta 90 días	Un suministro para un mes o de hasta 90 días	Un suministro de hasta 90 días	Un suministro de hasta 90 días. La cobertura se limita a ciertos casos. Consulte el Capítulo 5 para obtener más detalles
Costos compartidos Nivel 1 <i>(medicamentos genéricos)</i>	\$0	\$0	\$0	\$0
Costos compartidos Nivel 2 <i>(Medicamentos de marca)</i>	\$0	\$0	\$0	\$0
Costos compartidos Nivel 3 <i>(Medicamentos de receta y de venta libre [OTC] que no están incluidos en Medicare)</i>	\$0	\$0	\$0	\$0

Si quiere información sobre cuáles farmacias pueden darle suministros a largo plazo, consulte el *Directorio de Proveedores y Farmacias* del plan.

D. Vacunas

Nuestro plan cubre las vacunas incluidas en Medicare Parte D. Hay dos partes de nuestra cobertura de vacunas de Medicare Parte D:



Si tiene preguntas, llame a Neighborhood INTEGRITY al 1-844-812-6896 o al 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m.; y los sábados de 8 a. m. a 12 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

1. La primera parte de la cobertura es para el costo de **la vacuna en sí**. La vacuna es un medicamento de receta.
2. La segunda parte de la cobertura es para el costo de la **aplicación de la vacuna**. Por ejemplo, a veces, puede recibir la vacuna en forma de inyección que le aplica su proveedor.

D1. Lo que debe saber antes de su vacunación

Le recomendamos que nos llame primero a Servicios para miembros siempre que esté planeando aplicarse una vacuna.

- Podemos informarle sobre la forma en que la vacuna está cubierta por nuestro plan.



Si tiene preguntas, llame a Neighborhood INTEGRITY al 1-844-812-6896 o al 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m.; y los sábados de 8 a. m. a 12 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

Capítulo 7: Cómo pedirnos que paguemos una factura que usted haya recibido por servicios o medicamentos cubiertos

Introducción

Este capítulo le dice cómo y cuándo enviarnos una factura para solicitar el pago. También le informa cómo presentar una apelación si no está de acuerdo con una decisión de cobertura. Las palabras importantes y sus definiciones se encuentran en orden alfabético en el último capítulo del *Manual del miembro*.

Índice

A. Cómo pedirnos que paguemos por sus servicios o medicamentos.....	122
B. Cómo enviar una solicitud de pago.....	124
C. Decisiones sobre cobertura.....	125
D. Apelaciones	126



Si tiene preguntas, llame a Neighborhood INTEGRITY al 1-844-812-6896 o al 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m.; y los sábados de 8 a. m. a 12 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

A. Cómo pedirnos que paguemos por sus servicios o medicamentos

Usted no debe recibir facturas por servicios o medicamentos de la red. Nuestros proveedores de la red deben facturar al plan los servicios y medicamentos que usted haya recibido. Un proveedor de la red es un proveedor que trabaja con el plan de salud.

Si recibe una factura por cuidados de salud o medicamentos, envíenos la factura. Para enviarnos la factura, consulte la página 122.

- Si los servicios o medicamentos están cubiertos, le pagaremos directamente al proveedor.
- Si los servicios o medicamentos están cubiertos y usted ya pagó, usted tiene derecho a que le devuelvan lo que haya pagado.
- Si los servicios o medicamentos **no** están cubiertos, le avisaremos.
- Si usted está recibiendo servicios y respaldos a largo plazo, es posible que usted tenga que pagar parte del costo de los servicios. La cantidad la determina el programa Medicaid de Rhode Island.

Comuníquese con Servicios para Miembros si tiene alguna pregunta. Si recibe una factura y no sabe qué hacer, podemos ayudarle. También puede llamar si desea darnos información relacionada con un pedido de pago que ya nos envió.

Estos son algunos ejemplos de casos en los que podría pedirle a nuestro plan la devolución de un pago que usted haya hecho o que paguemos una factura que haya recibido.

1. Si recibe cuidado de emergencia o cuidado de salud necesario de urgencia de un proveedor fuera de la red

Debe pedir al proveedor que le envíe la factura al plan.

- Si paga la cantidad total al recibir el cuidado, puede pedirnos que le devolvamos lo que pagó. Envíenos la factura y prueba del pago que realizó.
- Es posible que reciba una factura del proveedor pidiendo un pago que usted considera que no debe. Envíenos la factura y prueba del pago que realizó.
 - Si se debe pagar, le pagaremos directamente al proveedor.
 - Si usted ya pagó por el servicio, nosotros le reintegraremos lo que pagó.

Si tiene preguntas, llame a Neighborhood INTEGRITY al 1-844-812-6896 o al 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m.; y los sábados de 8 a. m. a 12 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.



2. Si un proveedor de la red le envía una factura

Los proveedores de la red siempre deben enviar las facturas al plan. Muestre su tarjeta de identificación de miembro de Neighborhood INTEGRITY cuando reciba servicios o medicamentos. La facturación incorrecta/inadecuada se produce cuando un proveedor (por ejemplo, un médico u hospital) le factura más que el monto de costo compartido del plan por sus servicios. **Llame a Servicios para Miembros si recibe facturas.**

- Como Neighborhood INTEGRITY paga el costo completo de sus servicios, usted no es responsable de pagar ningún costo. Los proveedores no deberían cobrarle nada por estos servicios.
- Siempre que reciba una factura de un proveedor de la red, nos la debe enviar. Nos comunicaremos directamente con el proveedor y nos encargaremos del problema. Sin embargo, si usted está recibiendo servicios y respaldos a largo plazo, posiblemente tenga que pagar parte del costo de los servicios. Rhode Island Medicaid determina la cantidad.
- Si usted ya pagó una factura de un proveedor de la red, envíenos la factura y prueba del pago que realizó. Le reintegraremos el monto que haya pagado por sus servicios cubiertos.

3. Si usa una farmacia fuera de la red para que le surta una receta

Si usted va a una farmacia fuera de la red, tendrá que pagar el costo total de su receta.

- Solo en algunos casos limitados, cubrimos las recetas que se surtan en farmacias fuera de la red. Debe enviarnos una copia del recibo cuando nos pida que le reintegremos lo que usted pagó.
- En el Capítulo 5, Sección A8, encontrará información sobre farmacias fuera de la red.

4. Si paga la totalidad del costo de una receta porque no lleva su tarjeta de identificación de miembro del plan de salud

Si usted no lleva su tarjeta de identificación de miembro, pida a la farmacia que llame al plan o que busque su información de inscripción en el plan.

- Si la farmacia no puede obtener de inmediato la información que necesita, tal vez usted tenga que pagar el costo total de la receta.
- Debe enviarnos una copia del recibo cuando nos pida que le devolvamos lo que usted pagó.



Si tiene preguntas, llame a Neighborhood INTEGRITY al 1-844-812-6896 o al 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m.; y los sábados de 8 a. m. a 12 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

5. Si paga la totalidad del costo de un medicamento que no está cubierto

Es posible que usted tenga que pagar el costo total de la receta porque el medicamento no está cubierto.

- Es posible que el medicamento no esté en la *Lista de Medicamentos Cubiertos* (Lista de medicamentos) del plan o podría tener un requisito o restricción que usted no conocía o no creía que se debía aplicar a usted. Si decide obtener el medicamento, es posible que usted tenga que pagar el costo total.
 - Si usted no paga por el medicamento, pero cree que debería estar cubierto, puede pedir una decisión sobre cobertura (consulte el Capítulo 9).
 - Si usted y su médico u otro profesional creen que usted necesita de inmediato el medicamento, puede pedir una decisión sobre cobertura rápida (consulte el Capítulo 9).
- Debe enviarnos una copia del recibo cuando nos pida que le devolvamos lo que usted pagó. En algunas situaciones, podríamos necesitar más información de su médico u otro profesional para poder devolverle lo que pagó por el medicamento.

Cuando nos envíe un pedido de pago, revisaremos su pedido y decidiremos si debemos cubrir el servicio o el medicamento. Esto se llama tomar una “decisión sobre cobertura”. Si decidimos que debemos cubrirlo, pagaremos por el servicio o medicamento. Si rechazamos su pedido de pago, usted puede apelar nuestra decisión.

Para saber cómo pedir una apelación, consulte el Capítulo 9.

B. Cómo enviar una solicitud de pago

Envíenos su factura y prueba del pago que ha realizado. La prueba de pago puede ser una copia del cheque que extendió o un recibo entregado por el proveedor. **Le recomendamos que haga una copia de su factura y de los recibos y los guarde para sus registros.** Converse con su administrador de atención de salud para obtener ayuda.

Envíenos su pedido por correo junto con las facturas o recibos a una de las siguientes direcciones que se enumeran a continuación.

- **Solicitud de pago de servicios de equipo médico y equipo médico duradero (DME)**

Envíenos su solicitud de pago por correo junto con las facturas y recibos a:

Neighborhood Health Plan of Rhode Island



Si tiene preguntas, llame a Neighborhood INTEGRITY al 1-844-812-6896 o al 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m.; y los sábados de 8 a. m. a 12 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

Attn: Member Services

910 Douglas Pike

Smithfield, RI 02917

- **Solicitud de pago de servicios de salud del comportamiento**

Envíenos su solicitud de pago por correo junto con las facturas y recibos a:

Optum®

PO Box 30760

Salt Lake City, UT 84130-0760

- **Solicitud de pago de medicamentos recetados de la Parte D**

Envíenos su solicitud de pago por correo junto con las facturas y recibos a:

CVS Caremark®

PO BOX 52066

Phoenix, AZ 85072-2066

C. Decisiones sobre cobertura

Cuando recibamos su pedido de pago, tomaremos una decisión sobre cobertura. Esto significa que decidiremos si su atención de salud o medicamento está cubierto por el plan. También decidiremos el monto, si corresponde, que usted debe pagar por la atención de salud o medicamento.

- Le avisaremos si necesitamos que nos proporcione más información.
- Si decidimos que el servicio o medicamento está cubierto y que usted siguió las reglas para obtenerlo, lo pagaremos. Si usted ya pagó por el servicio o medicamento, le enviaremos por correo un cheque por lo que pagó. Si aún no pagó por el servicio o medicamento, le pagaremos directamente al proveedor.

En el Capítulo 3, Sección B, se explican las reglas para obtener la cobertura de sus servicios. En el Capítulo 5, se explican las reglas para obtener la cobertura de sus medicamentos de receta de Medicare Parte D.



Si tiene preguntas, llame a Neighborhood INTEGRITY al 1-844-812-6896 o al 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m.; y los sábados de 8 a. m. a 12 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

- Si decidimos que no debemos cubrir el servicio o medicamento, le enviaremos una carta en la que le explicaremos los motivos. En la carta también le explicaremos su derecho a presentar una apelación.
- Para obtener más información sobre decisiones de cobertura, consulte el Capítulo 9, Sección 6.

D. Apelaciones

Si considera que hemos cometido un error al rechazar su pedido de pago, puede pedirnos que modifiquemos nuestra decisión. Esto se llama presentar una apelación. También puede presentar una apelación si no está de acuerdo con el monto que pagamos.

El proceso de apelaciones es un proceso formal con procedimientos detallados y plazos importantes. Para obtener más información sobre el proceso de apelación, consulte el Capítulo 9, Secciones 5.3 y 6.5.

- Si quiere presentar una apelación para que le reintegremos lo que pagó por un servicio de cuidado de salud, consulte la página 154.
- Si quiere presentar una apelación para que le reintegremos lo que pagó por un medicamento, consulte la página 175.



Si tiene preguntas, llame a Neighborhood INTEGRITY al 1-844-812-6896 o al 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m.; y los sábados de 8 a. m. a 12 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

Capítulo 8: Sus derechos y responsabilidades

Introducción

Este capítulo incluye sus derechos y responsabilidades como miembro de nuestro plan. Nosotros debemos respetar sus derechos. Las palabras importantes y sus definiciones se encuentran en orden alfabético en el último capítulo del *Manual del miembro*.

Índice

A. Su derecho a obtener información de una manera que se adapte a sus necesidades	128
B. Nuestra responsabilidad de asegurarnos que obtenga acceso oportuno a los servicios y medicamentos	130
C. Nuestra responsabilidad de proteger su información personal de salud (PHI)	131
C1. Cómo protegemos su PHI	131
C2. Usted tiene derecho a ver sus expedientes médicos	132
D. Nuestra responsabilidad de darle información sobre el plan, sus proveedores de la red y sus servicios cubiertos	132
E. Incapacidad de los proveedores de la red para cobrarle directamente	133
F. Su derecho a retirarse del plan	133
G. Su derecho a tomar decisiones sobre sus cuidados de salud.....	134
G1. Su derecho a conocer sus opciones de tratamiento y a decidir sobre su cuidado de salud	134
G2. Su derecho a decir qué quiere que ocurra si usted no puede tomar decisiones sobre su cuidado de salud	135
G3. Qué hacer si no se siguen sus instrucciones.....	136
H. Su derecho a presentar quejas y a pedirnos que reconsideremos decisiones que hemos tomado.....	136
H1. Qué hacer si cree que lo están tratando injustamente o si desea obtener más información sobre sus derechos	136
I. Sus responsabilidades como miembro del plan.....	137
J. Qué debe hacer ante una sospecha de fraude	139



Si tiene preguntas, llame a Neighborhood INTEGRITY al 1-844-812-6896 o al 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m.; y los sábados de 8 a. m. a 12 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

A. Su derecho a obtener información de una manera que se adapte a 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 languages other than English and in formats such as large print, braille, or audio. Our plan can also give you materials in Spanish and Portuguese.
- Our plan can also give you materials in Spanish and Portuguese. You can ask to get this document and future materials in your preferred language and/or alternate format by calling Member Services. This is called a "standing request". Member Services will document your standing request in your member record so that you can receive materials now and in the future in your preferred language and/or format. You can change or delete your standing request at any time by calling Member Services.

If you 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, 7 days a week. TTY users should call 1-877-486-2048. To file a complaint with Rhode Island Medicaid, contact the Rhode Island Department of Human Services (DHS) office at 1-855-697-4347 (TTY 711). You may also go to your local DHS office for in-person assistance. Call 1-855-697-4347 (TTY 711) to find the nearest DHS office to you.

Tenemos la obligación de informarle acerca de los beneficios del plan y sus derechos como miembro de una manera fácil de entender. Debemos informarle de sus derechos cada año que usted esté en nuestro plan.

- Llame a Member Services (Servicios para Miembros) para obtener información que sea fácil de entender. Nuestro plan tiene personas que pueden responder preguntas en distintos idiomas.
- Nuestro plan también puede proporcionarle materiales en español, portugués u otros idiomas que no sean inglés, y en formatos como letra grande, braille o audio.
- Puede llamar a Member Services para pedir que nuestro plan le proporcione todos los materiales en español, portugués u otro idioma o formato de su preferencia. Esto se llama "petición permanente". Member Services registrará su petición permanente en su expediente de miembro, para que pueda recibir los materiales en su idioma y formato

Si tiene preguntas, llame a Neighborhood INTEGRITY al 1-844-812-6896 o al 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m.; y los sábados de 8 a. m. a 12 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.



preferidos a partir de ese momento. Puede cambiar o eliminar su petición permanente en cualquier momento, comunicándose con Member Services.

Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) si tiene dificultad para obtener información de su plan debido a problemas con el idioma o una discapacidad, y quiere presentar una queja. Puede llamar a cualquier hora y día de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Para presentar una queja de Rhode Island Medicaid, comuníquese con la oficina del Departamento de Servicios Humanos de Rhode Island (DHS) al 1-855-697-4347 (TTY 711). También puede visitar la oficina del DHS de su localidad para que le atiendan en persona. Llame al 1-855-697-4347 (TTY 711) para averiguar dónde está ubicada la oficina del DHS más cercana.

Temos a obrigação de o informar sobre os benefícios e os direitos do plano de uma maneira que você possa entender. Devemos falar sobre os seus direitos a cada ano que você está no nosso plano.

- Para obter mais informações, de uma forma que possa entender, ligue para Member Services. O nosso plano tem pessoas que podem responder às suas perguntas, em diferentes idiomas (línguas).
- O nosso plano também pode fornecer materiais noutras línguas, além do Inglês, e em formatos como impressão grande, braile ou áudio. O nosso plano também pode fornecer materiais em Espanhol e Português.
- O nosso plano também pode fornecer materiais em Espanhol e Português. Você pode pedir para obter este documento e futuros materiais na sua língua preferida e/ou formato alternativo ao ligar para Member Services. Isto é chamado de “pedido permanente”. Member Services documentará o seu pedido permanente no seu registo de membro para que possa receber materiais agora e no futuro no seu idioma e/ou formato preferidos. Você pode alterar ou eliminar a sua solicitação, a qualquer momento, ao ligar para o Member Services.

Se estiver a ter dificuldades em obter informações sobre o nosso plano devido a problemas de idioma 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, 7 dias por semana. Os utilizadores TTY devem ligar para o 1-877-486-2048. Para apresentar uma queixa/reclamação com o Medicaid de Rhode Island, entre em contacto com o escritório do Departamento de Serviços Humanos de Rhode Island (DHS) através do número de telefone 1-855-697-4347 (TTY 711). Para ter assistência pessoalmente, também pode ir ao seu escritório local do DHS.



Si tiene preguntas, llame a Neighborhood INTEGRITY al 1-844-812-6896 o al 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m.; y los sábados de 8 a. m. a 12 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

B. Nuestra responsabilidad de asegurarnos que obtenga acceso oportuno a los servicios y medicamentos

Si no puede recibir servicios en 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 cuidados primarios (PCP) en 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 D1.
 - Llame a Servicios para Miembros o busque en el Directorio de Proveedores y Farmacias para obtener más información sobre los proveedores de la red y saber cuáles proveedores están aceptando nuevos pacientes.
- No le exigimos que sea referido.
- Usted tiene derecho a obtener servicios cubiertos de proveedores de la red en un tiempo razonable.
 - Esto incluye el derecho de obtener servicios oportunos de especialistas.
- Usted tiene el derecho a recibir servicios de emergencia o cuidados de urgencia sin una autorización previa.
- Usted tiene derecho a que sus recetas sean surtidas sin largas demoras en cualquiera de las farmacias de nuestra red.
- Usted tiene derecho a saber cuándo puede ver a un proveedor fuera de la red. En el Capítulo 3, Sección D4, encontrará más información sobre los proveedores fuera de la red.

En el Capítulo 9, Sección 3, encontrará información sobre lo que puede hacer si cree que no está recibiendo sus servicios o medicamentos dentro de los plazos razonables. En el Capítulo 9, Sección 5.3 también encontrará información sobre lo que puede hacer si le negamos cobertura de servicios o medicamentos y usted no está de acuerdo con nuestra decisión.



Si tiene preguntas, llame a Neighborhood INTEGRITY al 1-844-812-6896 o al 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m.; y los sábados de 8 a. m. a 12 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

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

Nosotros protegemos su información personal de salud (PHI) tal como lo exigen las leyes federales y estatales.

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

Usted tiene derecho a recibir información y controlar cómo se usa su PHI. Le enviaremos un aviso por escrito para informarle sobre estos derechos. Este aviso se llama “Aviso de prácticas de privacidad”. En el aviso también le explicamos cómo protegemos la privacidad de su PHI.

C1. Cómo protegemos su PHI

Nos aseguramos de que ninguna persona sin autorización lea o cambie sus expedientes.

En la mayoría de los casos, no damos su información de salud a ninguna persona que no esté proporcionándole cuidado o pagando por su cuidado de salud. Si lo hacemos, estamos obligados a obtener primero su permiso por escrito. El permiso por escrito puede darlo usted u otra persona que tenga el poder legal para tomar decisiones en su nombre.

Hay algunos casos en los que no tenemos que obtener primero su permiso por escrito. La ley permite o exige estas excepciones.

- Debemos revelar la PHI a instituciones gubernamentales que estén verificando la calidad de nuestro cuidado.
- Debemos darle a Medicare su PHI. Si Medicare revela su PHI con fines de investigación u otros fines, se hará de acuerdo con las leyes federales.
- Estamos obligados a revelar información médica anónima sobre el uso de los servicios de salud de los miembros y los costos a la base de datos All Payer Claims Database (APCD) de Rhode Island, HealthFacts RI. Nunca se revela información personal, como su nombre, número de seguro social, dirección, fecha de nacimiento y número de identificación de miembro de Neighborhood INTEGRITY. Si usted no quiere que se incluyan sus datos, puede ejercer la opción de que no se incluya su información visitando el sitio web en www.riapcd-optout.com. Si no tiene acceso a Internet, llame a la línea de atención telefónica de RI Health Insurance Consumer Support Line (RI-REACH) al 1-855-747-3224.



Si tiene preguntas, llame a Neighborhood INTEGRITY al 1-844-812-6896 o al 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m.; y los sábados de 8 a. m. a 12 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

C2. Usted tiene derecho a ver sus expedientes médicos

Usted tiene derecho a ver sus expedientes médicos y a obtener una copia de sus expedientes. Se nos permite cobrarle por hacer una copia de sus expedientes médicos.

Usted tiene derecho a pedirnos que actualicemos o corrijamos sus expedientes médicos. Si nos pide hacerlo, trabajaremos con su proveedor de cuidados de salud para decidir si se deben hacer los cambios.

Usted tiene derecho a saber si su PHI se ha compartido con otros y cómo se ha hecho.

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

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

Como miembro de Neighborhood INTEGRITY, usted tiene derecho a pedirnos información. Si no habla inglés, tenemos servicios de interpretación gratuitos para que podamos responder cualquier pregunta que tenga sobre nuestro plan de salud. Para obtener los servicios de un intérprete, llámenos al 1-844-812-6896 (TTY 711). Este servicio es gratuito. Nuestro plan también puede entregarle materiales en español y portugués. También podemos entregarle materiales impresos en letra grande, Braille o audio.

Si desea información sobre alguno de los siguientes, llame a Servicios para Miembros:

- Nuestro plan, incluye:
 - 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 las farmacias de la red, incluyen:
 - Cómo elegir o cambiar sus proveedores de cuidados primarios
 - Certificaciones de nuestros proveedores y farmacias de la red
 - Cómo pagamos a los proveedores de nuestra red

Si tiene preguntas, llame a Neighborhood INTEGRITY al 1-844-812-6896 o al 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m.; y los sábados de 8 a. m. a 12 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.



- Para ver una lista de los proveedores y farmacias de la red del plan, consulte el *Directorio de Proveedores y Farmacias*. Para obtener información detallada sobre nuestros proveedores y farmacias, llame a Servicios para Miembros, o visite nuestro sitio web en www.nhpri.org/INTEGRITY.
- Servicios y medicamentos cubiertos, y sobre las reglas que usted debe seguir, que incluye:
 - Servicios y medicamentos cubiertos por el plan
 - Límites de su cobertura y sus medicamentos
 - Reglas que usted debe seguir para recibir servicios y medicamentos cubiertos
- Por qué un medicamento o servicio no está cubierto y lo que puede hacer al respecto, incluso pedirnos que:
 - Expliquemos por escrito por qué algo no está cubierto
 - Cambiemos una decisión que hemos tomado
 - Paguemos una factura que usted ha recibido

E. Incapacidad de los proveedores de la red para cobrarle directamente

Los médicos, hospitales y demás proveedores de nuestra red no pueden hacer que usted pague por los servicios cubiertos. Tampoco pueden cobrarle a usted si nosotros pagamos menos de lo que el proveedor nos cobra. La única excepción es si usted está recibiendo servicios y respaldos a largo plazo (LTSS) y Medicaid de Rhode Island dice que usted tiene que pagar parte del costo de estos servicios. Consulte el Capítulo 7, Sección A, para saber qué hacer si un proveedor de la red trata de cobrarle por servicios cubiertos.

F. Su derecho a retirarse del plan

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

- Usted tiene derecho a recibir la mayoría de sus servicios de cuidado de salud a través de Original Medicare o un plan de Medicare Advantage.
- Puede recibir beneficios de medicamentos de receta de la Parte D de Medicare, de un plan de medicamentos de receta o de un plan de Medicare Advantage.



Si tiene preguntas, llame a Neighborhood INTEGRITY al 1-844-812-6896 o al 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m.; y los sábados de 8 a. m. a 12 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

- Consulte el Capítulo 10, Sección C, para obtener más información sobre cuándo puede unirse a un nuevo plan de beneficios de medicamentos recetados o Medicare Advantage.
- Si abandona nuestro plan, usted recibirá sus servicios de Medicaid directamente a través de Rhode Island Medicaid bajo la modalidad Pago por Servicio (Fee for Service, FFS). Para obtener más información sobre Rhode Island Medicaid FFS, llame al 1-855-697-4347.

G. Su derecho a tomar decisiones sobre sus cuidados de salud

G1. Su derecho a conocer sus opciones de tratamiento y a decidir sobre su cuidado de salud

Usted tiene derecho a obtener información completa de sus médicos y demás proveedores de salud cuando recibe servicios. Su proveedor debe explicarle su enfermedad y sus opciones de tratamiento de una manera que usted pueda entender. Usted tiene derecho a:

- **Conozca sus opciones.** Usted tiene derecho a que se le informe sobre todos los tipos de tratamiento para sus enfermedades.
- **Conozca los riesgos.** Usted tiene derecho a que se le informe sobre los riesgos que tienen sus servicios o tratamientos. Se le debe avisar por anticipado si cualquiera de sus servicios o tratamientos son parte de un experimento de investigación. Usted tiene derecho a rechazar tratamientos experimentales.
- **Pida una segunda opinión.** Usted tiene derecho a ver a otro proveedor antes de tomar una decisión sobre un tratamiento.
- **Diga “no”.** Usted tiene derecho a rechazar cualquier tratamiento. Esto incluye el derecho a abandonar un hospital u otra institución médica, incluso si su proveedor le aconseja que no lo haga. Usted tiene también derecho a dejar de tomar un medicamento. Si usted rechaza un tratamiento o deja de tomar un medicamento, no lo quitarán del plan. No obstante, si usted rechaza un tratamiento o deja de tomar un medicamento, usted deberá aceptar toda la responsabilidad por lo que ocurra.
- **Pídanos que le expliquemos por qué un proveedor le negó el cuidado.** Usted tiene derecho a que le demos una explicación si un proveedor le negó un cuidado que usted cree que debería recibir.

Si tiene preguntas, llame a Neighborhood INTEGRITY al 1-844-812-6896 o al 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m.; y los sábados de 8 a. m. a 12 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.



- **Pídanos que cubramos un servicio o medicamento que le fue negado o que normalmente no está cubierto.** Esto se llama decisión sobre cobertura. En el Capítulo 9, Sección 5.2, encontrará cómo pedirle al plan que tome una decisión sobre cobertura.

G2. Su derecho a decir qué quiere que ocurra si usted no puede tomar decisiones sobre su cuidado de salud

A veces las personas no pueden tomar decisiones de salud por sí mismas. Antes de que esto suceda, usted puede:

- Llenar un formulario por escrito para **darle a otra persona derecho a tomar decisiones sobre su cuidado de salud en su nombre.**
- **Dele a su proveedor instrucciones por escrito** sobre cómo quiere que administre su cuidado de salud si usted no puede tomar decisiones.

El documento legal que puede usar para dar sus instrucciones se llama directiva anticipada. Hay diferentes tipos de directivas anticipadas, que tienen diferentes nombres. Entre los ejemplos se encuentran: testamento en vida y poder legal para cuidados de salud.

Usted no tiene que usar una directiva anticipada, pero puede hacerlo si así lo desea. Esto es lo que debe hacer:

- **Obtenga el formulario.** Puede obtener un formulario de su proveedor, un abogado, una agencia de servicios legales o un trabajador social. Es posible que las organizaciones que informan a la gente sobre Medicare o Medicaid, como The POINT, también tengan formularios de directivas anticipadas. También puede ir al sitio web del Departamento de Salud de Rhode Island en <http://health.ri.gov/lifestages/death/about/endoflifedecisions/> para obtener el formulario.
- **Llene y firme el formulario.** El formulario es un documento legal. Le recomendamos que obtenga la ayuda de un abogado para prepararlo.
- **Deles copia a las personas que tienen que saber sobre el formulario.** Usted debería darle una copia del formulario a su proveedor. También debería darle una copia a la persona que nombra para tomar decisiones en su nombre. Es posible que también quiera darles copias a amigos cercanos o familiares. Asegúrese de guardar una copia en casa.
- Si le van a hospitalizar y firmó una directiva anticipada, **lleve una copia al hospital.**

En el hospital le preguntarán si firmó un formulario de directiva anticipada y si lo tiene con usted.



Si tiene preguntas, llame a Neighborhood INTEGRITY al 1-844-812-6896 o al 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m.; y los sábados de 8 a. m. a 12 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

Si no ha firmado un formulario de directiva anticipada, en el hospital tienen formularios disponibles y le preguntarán si quiere firmar uno.

Recuerde que llenar una directiva anticipada es una decisión suya.

G3. Qué hacer si no se siguen sus instrucciones

Si usted firmó una directiva anticipada y cree que un proveedor u hospital no siguió las instrucciones que contiene, puede presentar una queja ante el Departamento de Salud de Rhode Island, llamando al 1-401-222-5960 (TTY 711) o por correo a:

Department of Health

3 Capitol Hill

Providence, RI 02908

H. Su derecho a presentar quejas y a pedirnos que reconsideremos decisiones que hemos tomado

En el Capítulo 9, Sección 3, encontrará información sobre lo que puede hacer si tiene algún problema o inquietud sobre sus servicios o cuidados cubiertos. Por ejemplo, usted podría pedirnos tomar una decisión sobre cobertura, presentar una apelación para que cambiemos una decisión sobre cobertura o presentar una queja.

Usted tiene derecho a recibir información sobre apelaciones y quejas que otros miembros hayan presentado contra nuestro plan. Llame al Servicio para miembros para obtener esta información.

H1. Qué hacer si cree que lo están tratando injustamente o si desea obtener más información sobre sus derechos

Si cree que lo trataron injustamente, y no se trata de discriminación por las razones indicadas en la página 208, o si desea obtener más información sobre sus derechos, puede obtener ayuda llamando a:

- Servicios para miembros
- The POINT al 1-401-462-4444. Los usuarios de TTY deben llamar al 711. The POINT proporciona información y remisiones para programas y servicios para personas de la tercera edad, adultos con discapacidades y las personas que las cuidan.



Si tiene preguntas, llame a Neighborhood INTEGRITY al 1-844-812-6896 o al 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m.; y los sábados de 8 a. m. a 12 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

- Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. (También puede leer o descargar “Sus Derechos y Protecciones en Medicare”, que se encuentra en el sitio web de Medicare en <https://www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf>.)
- Defensor de Cuidado de Salud RIPIN. Para conocer los detalles de esta organización y cómo comunicarse con ellos, consulte el Capítulo 2, Sección I.
- The Alliance for Better Long Term Care (Alianza para una Mejor Atención a Largo Plazo): Para conocer los detalles de esta organización y cómo comunicarse con ellos, consulte el Capítulo 2, Sección J.
- Rhode Island Medicaid al 1-855-697-4347. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.

I. Sus responsabilidades como miembro del plan

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

- **Lea el *Manual del Miembro*** para saber qué está cubierto y qué reglas debe seguir para obtener la cobertura de servicios y medicamentos.
 - Servicios cubiertos, consulte los Capítulos 3 y 4. En esos capítulos se explica lo que está cubierto, lo que no está cubierto, qué reglas debe seguir y qué pagará.
 - Medicamentos cubiertos, consulte los Capítulos 5 y 6.
- **Infórmenos sobre cualquier otra cobertura de salud o de medicamentos de receta** que tenga. Estamos obligados a asegurarnos de que esté usando todas sus opciones de cobertura cuando reciba cuidados de salud. Llame a Servicios para miembros si usted tiene otra cobertura.
- **Informe a su médico y a los demás proveedores de cuidado de salud** 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 a los demás proveedores de cuidado de salud a darle el mejor cuidado.
 - Deles la información que necesitan sobre usted y su salud. Aprenda todo lo que pueda sobre sus problemas de salud. Cumpla los planes de tratamiento y las instrucciones acordadas con sus proveedores de servicios de salud.

Si tiene preguntas, llame a Neighborhood INTEGRITY al 1-844-812-6896 o al 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m.; y los sábados de 8 a. m. a 12 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.



- Asegúrese de que sus médicos y demás proveedores sepan todos los medicamentos que está tomando. Esto incluye medicamentos de receta, medicamentos de venta libre, vitaminas y suplementos.
- Asegúrese de hacer todas las preguntas que tenga. Sus médicos y demás proveedores deben explicarle todo de una manera que usted pueda entender. Si hace una pregunta y no entiende la respuesta, vuelva a preguntar.
- **Sea amable.** Esperamos que todos nuestros miembros respeten los derechos de los demás pacientes. También esperamos que usted se comporte con respeto en el consultorio de su médico, en los hospitales y en los consultorios de los demás proveedores.
- **Pague lo que deba.** Como miembro del plan, usted es responsable de pagar:
 - Las primas de Medicare Parte A y Medicare Parte B. Para la mayoría de los miembros de Neighborhood INTEGRITY, Medicaid paga la prima de la Parte A y su prima de la Parte B.
 - Si recibe servicios y respaldos a largo plazo (LTSS), es posible que deba pagar parte del costo de sus servicios. La cantidad la determina el programa Medicaid de Rhode Island.
 - **Si usted recibe algún servicio o medicamento que no estén cubiertos por nuestro plan, tendrá que 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 para saber cómo presentar una apelación.
- **Infórmenos si se muda.** Si va a mudarse, es importante que nos avise inmediatamente. Llame a Servicios para miembros.
 - **Si usted se muda fuera de nuestra área de servicios, no puede permanecer en este plan.** Solo las personas que viven en nuestra área de servicio pueden tener Neighborhood INTEGRITY. En el Capítulo 1, Sección D, encontrará información sobre nuestra área de servicios.
 - Le ayudaremos a determinar si usted se está mudando fuera de nuestra área de servicio. Durante un período de inscripción especial, usted podrá cambiarse a Original Medicare o inscribirse en un plan de salud o de medicamentos de receta de Medicare en su nueva área.



Si tiene preguntas, llame a Neighborhood INTEGRITY al 1-844-812-6896 o al 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m.; y los sábados de 8 a. m. a 12 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

- Tampoco se olvide de avisarle a Medicare y Medicaid su nueva dirección En el Capítulo 2, Secciones G y H, encontrará los números de teléfono de Medicare y Medicaid.
- **Si se muda dentro de nuestra área de servicio, también debemos saberlo.** Necesitamos mantener actualizado su expediente y saber cómo comunicarnos con usted.
- Si tiene preguntas o inquietudes, llame a Servicios para Miembros.

J. Qué debe hacer ante una sospecha de fraude

La mayoría de los profesionales de cuidados de salud y las organizaciones que proporcionan servicios son honestos. Lamentablemente, es posible que haya algunas personas deshonestas.

Si le parece que algún médico, hospital u otra farmacia está haciendo algo mal, por favor comuníquese con nosotros.

- Llámenos al Servicio de atención a los miembros de Neighborhood INTEGRITY. Los números de teléfono aparecen en la cubierta de este Manual del Miembro.
- O, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números sin cargo las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
- También puede llamar a la Oficina del Programa de Integridad de Rhode Island al 1-401-462-6503 o,
- El Departamento del Fiscal General de RI para informes sobre fraude a Medicaid, abuso de pacientes o negligencia, o desvío de medicamentos llamando al 1-401-222-2556 o al 1-401-274-4400 ext. 2269 o,
- Funcionario de Cumplimiento de Neighborhood al 1-401-427-6799 (TTY 711) o,
- Línea de atención permanente de Cumplimiento de Neighborhood al 1-888-579-1551.



Si tiene preguntas, llame a Neighborhood INTEGRITY al 1-844-812-6896 o al 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m.; y los sábados de 8 a. m. a 12 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

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

¿Qué hay en este capítulo?

En este capítulo encontrará información sobre sus derechos. Léalo para saber qué hacer si:

- Usted tiene un problema o una queja sobre su plan.
- Usted necesita un servicio, artículo o medicamento que el plan ha dicho que no pagará.
- Usted no está de acuerdo con una decisión que el plan ha tomado sobre su cuidado.
- Usted cree que sus servicios cubiertos terminarán demasiado pronto.

Si usted tiene un problema o inquietud, solo necesita leer las partes de este capítulo que correspondan a su situación. Este capítulo está dividido en diferentes secciones para ayudarle a encontrar con facilidad la información que está buscando.

Si está teniendo un problema con su salud o con sus servicios y respaldos a largo plazo

Usted debería recibir el cuidado de salud, medicamentos, y servicios y respaldos a largo plazo que su médico y otros proveedores consideren necesarios como parte del plan de cuidado de su salud. **Si usted tiene algún problema con su cuidado, puede llamar al Defensor de cuidado de salud RIPIN al 1-855-747-3224 para obtener ayuda.** En este capítulo se explican las diferentes opciones que usted tiene para atender distintos problemas y quejas. Sin embargo, siempre que lo necesite, usted podrá llamar al Defensor de cuidado de salud RIPIN y solicitar orientación mientras se resuelve su problema.

Para obtener recursos adicionales para atender sus inquietudes y formas de ponerse en contacto con ellos, consulte el Capítulo 2, Sección I, y obtenga más información sobre el Defensor de Cuidado de Salud RIPIN.



Si tiene preguntas, llame a Neighborhood INTEGRITY al 1-844-812-6896 o al 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m.; y los sábados de 8 a. m. a 12 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

Índice

¿Qué hay en este capítulo?	140
Si está teniendo un problema con su salud o con sus servicios y respaldos a largo plazo	140
Sección 1: Introducción	143
• Sección 1.1: Qué hacer si tiene un problema	143
• Sección 1.2: ¿Cuáles son los términos legales?	143
Sección 2: Adónde llamar para pedir ayuda	144
• Sección 2.1: Dónde obtener más información y ayuda	144
Sección 3: Problemas con sus beneficios.....	146
• Sección 3.1: ¿Debería usar el proceso para decisiones sobre cobertura y apelaciones? o, ¿desea presentar una queja?.....	146
Sección 4: Decisiones sobre cobertura y apelaciones	147
• Sección 4.1: Resumen de decisiones sobre cobertura y apelaciones	147
• Sección 4.2: Cómo obtener ayuda con las decisiones sobre cobertura y apelaciones	147
• Sección 4.3: ¿Qué sección de este capítulo puede ayudarle?	148
Sección 5: Problemas sobre servicios, artículos y medicamentos (que no son medicamentos de la Parte D).....	150
• Sección 5.1: Cuándo usar esta sección.....	150
• Sección 5.2: Cómo pedir una decisión sobre cobertura	151
• Sección 5.3: Apelación de nivel 1 para servicios, artículos y medicamentos (que no son medicamentos de la Parte D).....	154
• Sección 5.4: Apelación de nivel 2 para servicios, artículos y medicamentos (que no son medicamentos de la Parte D).....	159
• Sección 5.5: Problemas de pagos.....	165
Sección 6: Medicamentos de la Parte D	167
• Sección 6.1: Qué debe hacer si tiene problemas para obtener un medicamento de la Parte D o quiere que le devolvamos el pago por un medicamento de la Parte D	167



Si tiene preguntas, llame a Neighborhood INTEGRITY al 1-844-812-6896 o al 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m.; y los sábados de 8 a. m. a 12 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

• Sección 6.2: ¿Qué es una excepción?.....	169
• Sección 6.3: Lo que debe saber cuando pide una excepción	170
• Sección 6.4: Cómo pedir una decisión sobre cobertura de un medicamento de la Parte D o que le devuelvan su dinero por un medicamento de la Parte D, incluso una excepción	171
• Sección 6.5: Apelación de nivel 1 para medicamentos de la Parte D	174
• Sección 6.6: Apelación de nivel 2 para medicamentos de la Parte D	178
Sección 7: Cómo pedir que le cubramos una estadía más larga en el hospital	180
• Sección 7.1: Para conocer sus derechos de Medicare.....	180
• Sección 7.2: Apelación de nivel 1 para cambiar la fecha de su salida del hospital	181
• Sección 7.3: Apelación de nivel 2 para cambiar la fecha de su salida del hospital	184
• Sección 7.4: ¿Qué sucederá si pierdo la fecha límite para apelar?	185
Sección 8: Qué hacer si cree que sus servicios de cuidado de salud en el hogar, en una institución de enfermería especializada o en una Institución de Rehabilitación Integral para Pacientes Externos (CORF) terminarán demasiado pronto.....	188
• Sección 8.1: Le avisaremos por anticipado cuándo terminará su cobertura.....	188
• Sección 8.2: Apelación de nivel 1 para continuar su cuidado	189
• Sección 8.3: Apelación de nivel 2 para continuar su cuidado	191
• Sección 8.4: ¿Qué sucederá si pierde la fecha límite para presentar su Apelación de nivel 1?	192
Sección 9: Cómo llevar su apelación más allá del Nivel 2	195
• Sección 9.1: Pasos siguientes para servicios y artículos de Medicare	195
• Sección 9.2: Pasos siguientes para los servicios y artículos de Medicaid	195
Sección 10: Cómo presentar una queja	197
• Sección 10.1: Quejas internas.....	199
• Sección 10.2: Quejas externas.....	200



Si tiene preguntas, llame a Neighborhood INTEGRITY al 1-844-812-6896 o al 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m.; y los sábados de 8 a. m. a 12 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

Sección 1: Introducción

- **Sección 1.1: Qué hacer si tiene un problema**

En este capítulo se explica qué hacer si tiene un problema con su plan o con sus servicios o pagos. Estos procesos han sido aprobados por Medicare y Medicaid. Cada proceso tiene un conjunto de reglas, procedimientos y fechas límite que nosotros y usted debemos seguir.

- **Sección 1.2: ¿Cuáles son los términos legales?**

Algunas de las reglas y fechas límite de este capítulo tienen términos legales difíciles. Muchos de esos términos pueden ser difíciles de entender, así que hemos usado palabras más sencillas en lugar de algunos términos legales. Además, usamos la menor cantidad posible de abreviaturas.

Por ejemplo, decimos:

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

Conocer los términos legales adecuados podría ayudarle a comunicarse con más claridad; por eso, también proporcionamos esos términos legales.



Si tiene preguntas, llame a Neighborhood INTEGRITY al 1-844-812-6896 o al 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m.; y los sábados de 8 a. m. a 12 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

Sección 2: Adónde llamar para pedir ayuda

- **Sección 2.1: Dónde obtener más información y ayuda**

En ocasiones, puede ser confuso comenzar o continuar el proceso para solucionar un problema. Esto puede ser especialmente difícil si usted no se siente bien o no tiene energía. Otras veces, es posible que no sepa cómo dar el siguiente paso.

Puede obtener ayuda del Defensor de cuidado de salud RIPIN

Si necesita ayuda, siempre puede llamar al Defensor de cuidado de salud RIPIN. El Defensor de Cuidado de Salud RIPIN es un programa de defensoría que responderá sus preguntas y lo ayudará a comprender qué hacer para resolver su problema. Consulte el Capítulo 2, Sección I, para obtener más información sobre los programas de defensoría.

El Defensor de la Salud de RIPIN no está vinculado con nosotros ni con ninguna compañía aseguradora o plan de salud. Ellos podrán ayudarle a comprender qué proceso usar. El número de teléfono del Defensor de cuidado de salud RIPIN es 1-855-747-3224. Los servicios son gratuitos.

Puede obtener ayuda del Programa de asistencia de seguro de salud del estado (SHIP)

Usted también puede llamar al Programa de asistencia de seguro de salud de su estado (SHIP). Los consejeros de SHIP podrán responder sus preguntas y ayudarle a comprender qué hacer para solucionar su problema. El programa SHIP no está vinculado con nosotros ni con ninguna compañía de seguro o plan de salud. El programa SHIP cuenta con consejeros capacitados en todos los estados, y los servicios son gratuitos. Comuníquese con The POINT llamando al 1-401-462-4444 si desea consultar a un consejero de SHIP.

Cómo obtener ayuda de Medicare

Puede llamar directamente a Medicare para pedir ayuda si tiene problemas. Hay dos formas de obtener ayuda de Medicare:

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

Cómo obtener ayuda de Medicaid

Si tiene preguntas, llame a Neighborhood INTEGRITY al 1-844-812-6896 o al 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m.; y los sábados de 8 a. m. a 12 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.



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

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

Rhode Island cuenta con una organización llamada KEPRO. La organización es un grupo de médicos y otros profesionales de atención de la salud que ayudan a mejorar la calidad del cuidado para personas con Medicare. KEPRO no está vinculado con Neighborhood INTEGRITY.

- Llame al 1-888-319-8452 de lunes a viernes de 9 a. m. a 5 p. m., y sábado, domingo y feriados de 11 a. m. a 3 p. m. Hay un correo de voz disponible las 24 horas del día. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-855-843-4776. Este número es para personas que tienen dificultades para oír o para hablar. Usted debe tener un equipo telefónico especial para llamar.

- Envíe todo por correo postal a:

KEPRO

5700 Lombardo Center Drive

Suite 100

Seven Hills, OH 44131

- Visite el sitio web de KEPRO en: <https://www.keprogio.com/>



Si tiene preguntas, llame a Neighborhood INTEGRITY al 1-844-812-6896 o al 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m.; y los sábados de 8 a. m. a 12 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

Sección 3: Problemas con sus beneficios

- **Sección 3.1: ¿Debería usar el proceso para decisiones sobre cobertura y apelaciones? o, ¿desea presentar una queja?**

Si usted tiene un problema o inquietud, solo necesita leer las partes de este capítulo que correspondan a su situación. En la siguiente tabla podrá encontrar la sección adecuada de este capítulo para problemas o quejas.

¿Su problema o su inquietud está relacionado con sus beneficios o cobertura? (Esto incluye problemas relacionados con la cobertura o no de su cuidado médico en particular o sus medicamentos de receta, y problemas relacionados con los pagos por cuidados médicos o medicamentos de receta.)	
Sí. Mi problema está relacionado con los beneficios o cobertura. Vaya a la Sección 4: “Decisiones sobre cobertura y apelaciones” en la página 145.	No. Mi problema no está relacionado con los beneficios o cobertura. Vaya a la Sección 10: “Cómo presentar una queja” en la página 195.



Si tiene preguntas, llame a Neighborhood INTEGRITY al 1-844-812-6896 o al 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m.; y los sábados de 8 a. m. a 12 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

Sección 4: Decisiones sobre cobertura y apelaciones

• Sección 4.1: Resumen de decisiones sobre cobertura y apelaciones

El proceso para pedir decisiones sobre cobertura y presentar apelaciones se ocupa de problemas relacionados con sus beneficios y cobertura. También incluye problemas con los pagos.

¿Qué es una decisión sobre cobertura?

Una decisión sobre cobertura es una decisión inicial que tomamos sobre sus beneficios y su cobertura o sobre la cantidad que pagaremos por sus servicios médicos, artículos o medicamentos. Nosotros estamos tomando una decisión sobre cobertura cada vez que decidimos qué cubriremos para usted y cuánto pagaremos.

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

¿Qué es una apelación?

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

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

¿A quién puedo llamar para obtener ayuda con las decisiones sobre cobertura o para presentar una apelación?

Usted puede pedirle ayuda a cualquiera de las siguientes personas:

- Llame a **Servicios para Miembros** al 1-844-812-6896 (TTY 711).
- Comuníquese con el **Defensor de Cuidado de Salud RIPIN** para recibir ayuda gratuita. El Defensor de cuidado de salud RIPIN ayuda a las personas inscritas en Medicaid que



Si tiene preguntas, llame a Neighborhood INTEGRITY al 1-844-812-6896 o al 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m.; y los sábados de 8 a. m. a 12 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

tienen problemas con servicios o de facturación. El número de teléfono es 1-855-747-3224.

- Comuníquese con **The POINT** para recibir ayuda gratuita. The POINT es una organización independiente. No está vinculada con nuestro plan. El número de teléfono es 1-401-462-4444.
- Hable con **su médico u otro proveedor**. Su médico u otro proveedor pueden pedir una decisión sobre cobertura o presentar una apelación en su nombre.
- Hable con un **amigo o miembro de la familia**, y pídale que actúe en su nombre. Puede nombrar a otra persona para que actúe por usted como su “representante” para pedir una decisión sobre cobertura o para apelar.
 - Si usted desea que un amigo, familiar u otra persona sea su representante, llame a Servicios para Miembros y pida el formulario para “Nombramiento de Representante”.
 - También puede obtener el formulario visitando <https://www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf> o <https://www.nhpri.org/Portals/0/Uploads/Documents/Medicare-Medicaid/2017-INTEGRITY-AOR-Form-CMS1696.pdf>. Por medio de este formulario, la persona está autorizada para actuar en su nombre. Deberá darnos una copia del formulario firmado.
- **Usted tiene también derecho a pedirle a un abogado** que actúe en su nombre. Puede llamar a su propio abogado o conseguir el nombre de un abogado de la asociación local de abogados u otro servicio de referencia. Algunos grupos legales le darán servicios legales gratuitos, si usted es elegible. Si quiere que un abogado le represente, deberá llenar el formulario de Nombramiento de representante.
 - Sin embargo, **usted no tiene que tener un abogado** para pedir cualquier tipo de decisión sobre cobertura ni para apelar.

• Sección 4.3: ¿Qué sección de este capítulo puede ayudarle?

Hay cuatro tipos de situaciones que incluyen decisiones sobre cobertura y apelaciones. Cada situación tiene reglas y fechas límite diferentes. Hemos dividido este capítulo en diferentes secciones para ayudarle a encontrar las reglas que deberá seguir. **Usted solo necesitará leer las partes de este capítulo que correspondan a su situación:**



Si tiene preguntas, llame a Neighborhood INTEGRITY al 1-844-812-6896 o al 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m.; y los sábados de 8 a. m. a 12 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

- **La Sección 5 de la página 148** le da información si tiene problemas sobre servicios, artículos y medicamentos (que **no** sean medicamentos de la Parte D). Por ejemplo, use esta sección si:
 - No está recibiendo un servicio que usted quiere, pero considera que nuestro plan lo cubre.
 - No aprobamos algún servicio, artículo o medicamento que su proveedor quiere darle y usted cree que este cuidado debería estar cubierto.
 - **NOTA:** Use la Sección 5 solamente si estos medicamentos **no** están cubiertos por la Parte D. Los medicamentos de la *Lista de Medicamentos Cubiertos*, también conocida como la Lista de Medicamentos, con un “**DP**” **no** están cubiertos por la Parte D. Consulte la Sección 6, de la página 165, para informarse sobre las apelaciones de medicamentos incluidos en la Parte D.
 - Usted recibió cuidado médico o servicios que usted cree que deberían estar cubiertos, pero nosotros no hemos pagado por este cuidado.
 - Usted recibió y pagó por servicios médicos o artículos que creía que estaban cubiertos y quiere pedirnos que le devolvamos lo que pagó.
 - Le dijeron que la cobertura del cuidado que ha estado recibiendo será reducida o interrumpida y usted no está de acuerdo con nuestra decisión.
 - **NOTA:** Si la cobertura que será suspendida es por cuidados en un hospital, en el hogar, en una institución de enfermería especializada o en una institución de rehabilitación integral como paciente externo (CORF), usted deberá leer una sección aparte de este capítulo, ya que para esos tipos de servicios corresponden reglas especiales. Consulte las Secciones 7 y 8, páginas 177 y 185.
- **La Sección 6 de la página 165** le da información sobre medicamentos de la Parte D. Por ejemplo, use esta sección si:
 - Quiere pedirnos que hagamos una excepción para cubrir un medicamento de la Parte D que no está en nuestra Lista de Medicamentos.
 - Quiere pedirnos que cancelemos los límites sobre la cantidad de medicamento que usted puede obtener.
 - Quiere pedirnos que cubramos un medicamento que requiere aprobación previa.



Si tiene preguntas, llame a Neighborhood INTEGRITY al 1-844-812-6896 o al 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m.; y los sábados de 8 a. m. a 12 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

- No aprobamos su pedido o excepción y usted o su médico u otro proveedor piensa que deberíamos haberlo aprobado.
- Quiere pedirnos que paguemos por un medicamento de receta que ya compró. (Esto quiere decir, pedirnos una decisión sobre cobertura de un pago.)
- **La Sección 7 de la página 177** le da información sobre cómo pedirnos que cubramos una estadía más larga en un hospital como paciente interno si usted cree que su proveedor le está dando de alta demasiado pronto. Use esta sección si:
 - Usted está en el hospital y cree que su proveedor ha pedido que usted reciba el alta del hospital demasiado pronto.
- **La Sección 8 de la página 185** le da información si usted cree que su cuidado de salud en el hogar, en una institución de enfermería especializada o los servicios en una institución de rehabilitación integral para pacientes externos (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF) terminarán demasiado pronto.

Si no está seguro de qué sección usar, comuníquese con Servicios para Miembros llamando al 1-844-812-6896 (TTY 711).

Si necesita ayuda o más información, llame al Defensor de Cuidado de Salud RIPIN al 1-855-747-3224.

Sección 5: Problemas sobre servicios, artículos y medicamentos (que no son medicamentos de la Parte D)

- **Sección 5.1: Cuándo usar esta sección**

En esta sección se refiere a lo que debe hacer si tiene problemas con sus beneficios por sus cuidados médicos, cuidado de salud del comportamiento y servicios y respaldos a largo plazo. También puede usar esta sección para problemas con medicamentos que **no** están cubiertos por la Parte D, incluidos los medicamentos de la Parte B de Medicare. Los medicamentos en la Lista de Medicamentos con un “**DP**” **no** están cubiertos por la Parte D. Use la Sección 6 para las apelaciones de medicamentos de la Parte D.

En esta sección encontrará información sobre qué hacer si se encuentra en cualquiera de las siguientes cinco situaciones:

1. Usted cree que cubrimos un servicio médico, de salud del comportamiento o cuidado a largo plazo que necesita pero no lo está recibiendo.

Si tiene preguntas, llame a Neighborhood INTEGRITY al 1-844-812-6896 o al 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m.; y los sábados de 8 a. m. a 12 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.



Qué puede hacer: Puede pedirnos que tomemos una decisión sobre cobertura. Vaya a la Sección 5.2 de la página 149 para leer información sobre cómo pedir una decisión sobre cobertura.

2. No aprobamos el cuidado que su proveedor quiere darle y usted cree que debería recibirlo.

Qué puede hacer: Usted puede apelar nuestra decisión de no aprobar el cuidado. Vaya a la Sección 5.3 en la página 152 para obtener información sobre cómo presentar una apelación.

3. Usted recibió servicios o artículos que creía que cubríamos, pero no pagaremos por ellos.

Qué puede hacer: Usted puede apelar nuestra decisión de no pagar. Vaya a la Sección 5.3 en la página 152 para obtener información sobre cómo presentar una apelación.

4. Usted recibió y pagó por servicios o artículos que creía que estaban cubiertos y quiere pedirnos que le devolvamos lo que pagó por los servicios o artículos.

Qué puede hacer: Puede pedirnos que le devolvamos lo que pagó. Vaya a la Sección 5.5 de la página 163 para obtener información sobre cómo pedirnos la devolución de su pago.

5. Redujimos o suspendimos la cobertura de cierto servicio y usted no está de acuerdo con la decisión.

Qué puede hacer: Usted puede apelar nuestra decisión de reducir o suspender el servicio. Vaya a la Sección 5.3 en la página 152 para obtener información sobre cómo presentar una apelación.

NOTA: Si la cobertura que será suspendida es por cuidados en un hospital, en el hogar, en una institución de enfermería especializada o en una institución de rehabilitación integral como paciente externo (CORF), corresponde la aplicación de reglas especiales. Lea las Secciones 7 y 8, páginas 177 y 185 para obtener más información.

• Sección 5.2: Cómo pedir una decisión sobre cobertura

Cómo pedir una decisión sobre cobertura para obtener servicios médicos, servicios de salud del comportamiento o servicios de cuidado de salud a largo plazo

Para pedir una decisión sobre cobertura, llámenos, escríbanos o envíenos un fax o pídale a su representante o a su proveedor que nos pida tomar una decisión.

- Puede llamarnos al: 1-844-812-6896 TTY: 711



Si tiene preguntas, llame a Neighborhood INTEGRITY al 1-844-812-6896 o al 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m.; y los sábados de 8 a. m. a 12 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

- Puede enviarnos un **fax** al: 1-401-709-7005

- Puede **escribirnos** a:

Neighborhood Health Plan of Rhode Island

Attention: Grievance and Appeals Coordinator

910 Douglas Pike

Smithfield, RI 02917

¿Cuánto tiempo tarda una decisión sobre cobertura?

Generalmente toma hasta 14 días calendario después de pedirla, a menos que su solicitud sea para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare. Si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare, le daremos una decisión no más de 72 horas después de recibir su solicitud. Si no le informamos sobre nuestra decisión a más tardar en 14 días calendario (o 72 horas para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare), usted puede apelar.

A veces, necesitaremos más tiempo y le enviaremos una carta para decirle que tardaremos 14 días calendario más. En la carta le explicaremos las causas por las que necesitamos tiempo adicional. No podemos dedicar más tiempo para darle una decisión de si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.

¿Puedo obtener una decisión sobre cobertura más rápidamente?

Sí. Si debido a su estado de salud necesita una respuesta más rápida, debería pedirnos que tomemos una “decisión sobre cobertura rápida”. Si aprobamos su solicitud, le avisaremos sobre nuestra decisión a más tardar en 72 horas (o 24 horas para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare).

Sin embargo, a veces, necesitaremos más tiempo y le enviaremos una carta para decirle que tardaremos 14 días calendario más. En la carta le explicaremos las causas por las que necesitamos tiempo adicional. No podemos dedicar más tiempo para darle una decisión de si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.

El término legal para una “decisión sobre cobertura rápida” es “**determinación acelerada**”.

Cómo pedir una decisión sobre cobertura rápida:

Si tiene preguntas, llame a Neighborhood INTEGRITY al 1-844-812-6896 o al 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m.; y los sábados de 8 a. m. a 12 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.



- Si usted nos pide una decisión sobre cobertura rápida, llámenos o envíenos un fax a nuestro plan para pedirnos la cobertura del cuidado que desea.
- Puede llamarnos al 1-844-812-6896 (TTY 711) o enviarnos un fax al 1-401-709-7005. Para saber cómo comunicarse con nosotros, consulte el Capítulo 2, Sección A.
- También puede pedirle a su proveedor o representante que nos llame.

Estas son las reglas para pedir una decisión sobre cobertura rápida:

Para obtener una decisión sobre cobertura rápida, usted debe cumplir estos dos requisitos:

1. Usted podrá obtener una decisión sobre cobertura rápida **solamente si está pidiendo algún cuidado médico o artículo que aún no ha recibido.** (No podrá obtener una decisión sobre cobertura rápida si su solicitud tiene que ver con un pago por algún cuidado médico o artículo que ya ha recibido.)
2. Usted podrá obtener una decisión sobre cobertura rápida **solamente si el plazo estándar de 14 días calendario (o el plazo de 72 horas para los medicamentos recetados de la Parte B de Medicare) podría causar daños graves a su salud o afectar su capacidad para desempeñarse.**
 - Si su proveedor determina que necesita una decisión sobre cobertura rápida, se la daremos automáticamente.
 - Si nos pide una decisión sobre cobertura rápida sin el respaldo de su proveedor, nosotros decidiremos si usted puede obtener una decisión sobre cobertura rápida.
 - Si decidimos que su salud no cumple con los requisitos para que tomemos una decisión sobre cobertura rápida, le enviaremos una carta. También usaremos el plazo estándar de 14 días calendario (o el plazo de 72 horas para los medicamentos recetados de la Parte B de Medicare).
 - En esa carta, le informaremos que si su proveedor nos pide que tomemos una decisión sobre cobertura rápida, lo haremos automáticamente.
 - En la carta, también le informaremos cómo puede presentar una “queja rápida” sobre nuestra decisión de darle una decisión sobre cobertura estándar en lugar de la decisión sobre cobertura rápida que nos pidió. Para obtener más información sobre el proceso de presentación de quejas o quejas rápidas, consulte la Sección 10 en la página 195.

Si la decisión sobre cobertura es Sí, ¿cuándo recibiré el servicio o artículo?



Si tiene preguntas, llame a Neighborhood INTEGRITY al 1-844-812-6896 o al 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m.; y los sábados de 8 a. m. a 12 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

Usted tendrá autorización (autorización previa) para recibir el servicio o artículo a más tardar en 14 días calendario (para una decisión sobre cobertura estándar) o en 72 horas (para una decisión sobre cobertura rápida) a partir del momento de su solicitud, a menos que su solicitud sea para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.

- Si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare, usted tendrá autorización (autorización previa) para recibir el medicamento a más tardar en 72 horas (para una decisión sobre cobertura estándar) o en 24 horas (para una decisión sobre cobertura rápida).
- Si extendemos el tiempo necesario para tomar nuestra decisión, le aprobaremos la cobertura al final de ese período adicional. No podemos tomar más tiempo para tomar nuestra decisión de cobertura para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.

Si la decisión sobre cobertura es No, ¿cuándo lo sabré?

Si la respuesta es **No**, en la carta que le enviaremos le explicaremos nuestros motivos para responder que **No**.

- Si decimos que **No**, usted tiene derecho a apelar para pedirnos que reconsideremos y cambiemos esta decisión. Apelar significa pedirnos que revisemos nuestra decisión de rechazar la cobertura.
- Si usted decide apelar la decisión, significa que estará en el Nivel 1 del proceso de apelaciones (para más información, lea la siguiente sección).

- **Sección 5.3: Apelación de nivel 1 para servicios, artículos y medicamentos (que no son medicamentos de la Parte D)**

¿Qué es una apelación?

Una apelación es una manera formal de pedirnos que revisemos nuestra decisión y que la modifiquemos si cree que cometimos un error. Si usted o su médico u otro proveedor no están de acuerdo con nuestra decisión, usted puede apelar. En todos los casos, deberá empezar su apelación en el Nivel 1.

Si necesita ayuda durante el proceso de apelación, puede llamar al Defensor de Cuidado de Salud RIPIN, al 1-855-747-3224. El Defensor de la Salud de RIPIN no está vinculado con nosotros ni con ninguna compañía aseguradora o plan de salud.

Si tiene preguntas, llame a Neighborhood INTEGRITY al 1-844-812-6896 o al 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m.; y los sábados de 8 a. m. a 12 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.



¿Qué es una Apelación de nivel 1?

Una Apelación de nivel 1 es la primera apelación presentada ante nuestro plan. Revisaremos nuestra decisión sobre cobertura para ver si es correcta. La persona que hará la revisión no será la misma que tomó la decisión sobre cobertura inicial. Cuando completemos la revisión, le enviaremos nuestra decisión por escrito.

Si después de nuestra revisión, le avisamos que el servicio no será cubierto, su caso podrá ir a la Apelación de nivel 2.

Cómo presentar una Apelación de nivel 1

- Para comenzar su apelación, usted, su médico u otro proveedor, o su representante deberán comunicarse con nosotros. Puede llamarnos al 1-844-812-6896. Para obtener más detalles sobre cómo comunicarse con nosotros, consulte el Capítulo 2, Sección A.
- Puede presentar una “apelación estándar” o una “apelación rápida”.
- Si está pidiendo una apelación estándar o una apelación rápida, presente su apelación por escrito o llámenos.
 - Puede enviar una solicitud a la siguiente dirección:

Neighborhood Health Plan de Rhode Island:

Atención: Coordinador de Reclamos y Apelaciones (Grievance and Appeals Coordinator)

910 Douglas Pike

Smithfield, RI 02917

En resumen: Cómo presentar una Apelación de nivel 1

Usted, su proveedor o su representante pueden hacer su pedido por escrito y enviarlo a nuestras oficinas por correo o por fax. También puede llamarnos por teléfono para hacer su apelación.

- Pida la apelación dentro de los **60 días calendario** tras tomar la decisión que quiere apelar. Si pierde esa fecha límite por un motivo justificado, todavía podrá apelar.
- Si usted apela porque le dijimos que un servicio que recibe actualmente será modificado o suspendido, **usted tendrá un plazo más corto para apelar** si quiere seguir recibiendo ese servicio mientras su apelación está en proceso.
- Siga leyendo esta sección para tener más información sobre las fechas límite para su apelación.



Si tiene preguntas, llame a Neighborhood INTEGRITY al 1-844-812-6896 o al 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m.; y los sábados de 8 a. m. a 12 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

- También puede llamarnos por teléfono al 1-844-812-6896 para hacer su apelación.

El término legal para una “apelación rápida” es “reconsideración expedita”.

¿Alguna otra persona puede presentar la apelación en nombre mío?

Sí. Su médico u otro proveedor pueden presentar una apelación en su nombre. Además, otra persona aparte de su médico u otro proveedor pueden presentar una apelación en su nombre, pero primero usted debe completar un formulario de Nombramiento de representante. Por medio de este formulario, la otra persona está autorizada a actuar en su nombre.

Para obtener un formulario de Nombramiento de Representante, llame a Servicios para Miembros y solicite uno, o visite <https://www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf> o <https://www.nhpri.org/Portals/0/Uploads/Documents/Medicare-Medicaid/2017-INTEGRITY-AOR-Form-CMS1696.pdf>.

Si la apelación la realiza otra persona que no sea usted o su médico u otro proveedor, debemos recibir el formulario de Nombramiento de Representante completo antes de poder revisar la apelación.

¿Cuánto tiempo tengo para presentar una apelación?

Deberá presentar su apelación **a más tardar dentro de 60 días calendario** después de la fecha de la carta que le enviamos para informarle de nuestra decisión.

Si usted pierde esta fecha límite y tiene un motivo justificado podemos darle más tiempo para presentar su apelación. Entre los ejemplos de motivo justificado están: usted tuvo una enfermedad grave, no le dimos la información correcta sobre la fecha límite para presentar la apelación.

NOTA: Si usted apela porque le dijimos que un servicio que recibe actualmente será modificado o suspendido, **usted tendrá un plazo más corto para apelar** si quiere seguir recibiendo ese servicio mientras su apelación está en proceso. Lea “¿Continuarán mis beneficios durante una Apelación de Nivel 1?” en la página 156 para obtener más información.

¿Puedo obtener una copia del expediente de mi caso?

Sí. Pídanos una copia gratuita llamando a Servicios para Miembros al 1-844-812-6896.



Si tiene preguntas, llame a Neighborhood INTEGRITY al 1-844-812-6896 o al 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m.; y los sábados de 8 a. m. a 12 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

¿Mi proveedor puede darles más información sobre mi apelación?

Sí, usted y su proveedor pueden darnos más información para respaldar su apelación.

¿Cómo tomaremos la decisión sobre la apelación?

Nosotros analizamos con cuidado toda la información relacionada con su pedido de cobertura de cuidados médicos. Después, verificamos que hayamos seguido todas las reglas cuando le dijimos que **No** a su solicitud. La persona que hará la revisión no será la misma que tomó la decisión inicial.

Si necesitamos más información, se la podemos pedir a usted o a su proveedor.

¿Cuándo sabré sobre la decisión tomada en la apelación “estándar”?

Le debemos dar nuestra respuesta dentro de 30 días calendario después de recibir su apelación (o dentro de 7 días calendario después de recibir su apelación por un medicamento recetado de la Parte B de Medicare). Le daremos nuestra decisión antes si así lo exige su estado de salud.

- Sin embargo, si nos pide más tiempo o necesitamos reunir más información, podemos tardar hasta 14 días calendario más. Si decidimos tomar días adicionales para tomar una decisión, le explicaremos por carta los motivos por los que necesitamos más tiempo. No podemos tomar más tiempo para tomar una decisión si su apelación es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.
- Si usted piensa que no debemos tomarnos días adicionales, podrá presentar una “queja rápida” relacionada con nuestra decisión de tomar días adicionales. Cuando usted presenta una queja rápida, le responderemos dentro de las 24 horas. Para obtener más información sobre el proceso de presentación de quejas o quejas rápidas, consulte la Sección 10 en la página 195.
- Si no le damos una respuesta a su apelación dentro de 30 días calendario (o dentro de 7 días calendario después de recibir su apelación por un medicamento recetado de la Parte B de Medicare) o al finalizar el plazo de los días adicionales (en caso de que los hayamos tomado), automáticamente enviaremos su caso al Nivel 2 del proceso de apelaciones si su problema está relacionado con la cobertura de un servicio o artículo de Medicare. Se le notificará cuando esto ocurra. Si su problema está relacionado con la cobertura de un servicio o artículo de Medicaid, podrá presentar usted mismo una Apelación de nivel 2. Vaya a la Sección 5.4 en la página 156 para obtener más información sobre cómo presentar una Apelación de nivel 2.



Si tiene preguntas, llame a Neighborhood INTEGRITY al 1-844-812-6896 o al 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m.; y los sábados de 8 a. m. a 12 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

Si nuestra respuesta es Sí para una parte o todo lo que pidió, debemos aprobar o proporcionarle el servicio o artículo tan pronto como lo exija su estado de salud y a más tardar 72 horas después de recibir la decisión (o dentro de 7 días calendario después de recibir su apelación para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare).

Si nuestra respuesta es No para una parte o todo lo que pidió, le enviaremos una carta. Si su problema está relacionado con la cobertura de un servicio o artículo de Medicare, le informaremos por carta que su caso fue remitido a la Entidad de Revisión Independiente para una Apelación de nivel 2. Si su problema está relacionado con la cobertura de un servicio o artículo de Medicaid, le informaremos por carta cómo puede presentar usted mismo una Apelación de nivel 2. Vaya a la Sección 5.4 en la página 157 para obtener más información sobre cómo presentar una Apelación de nivel 2.

¿Cuándo sabré sobre la decisión tomada en la apelación “rápida”?

Si pide una apelación rápida, le daremos nuestra respuesta dentro de 72 horas a partir del momento en que recibamos su apelación. Le daremos nuestra decisión antes si así lo exige su estado de salud.

- Sin embargo, si nos pide más tiempo o necesitamos reunir más información, podemos tardar hasta 14 días calendario más. Si decidimos tomar días adicionales para tomar una decisión, le explicaremos por carta los motivos por los que necesitamos más tiempo. No podemos tomar más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.
- Si usted piensa que no debemos tomarnos días adicionales, podrá presentar una “queja rápida” relacionada con nuestra decisión de tomar días adicionales. Cuando usted presenta una queja rápida, le responderemos dentro de las 24 horas. Para obtener más información sobre el proceso de presentación de quejas o quejas rápidas, consulte la Sección 10 en la página 195.
- Si no le damos una respuesta a su apelación dentro de las 72 horas o al finalizar el plazo de los días adicionales (en caso de que los hayamos tomado), automáticamente enviaremos su caso al Nivel 2 del proceso de apelaciones si su problema está relacionado con la cobertura de un servicio o artículo de Medicare. Se le notificará cuando esto ocurra. Si su problema está relacionado con la cobertura de un servicio o artículo de Medicaid, podrá presentar usted mismo una Apelación de nivel 2. Vaya a la Sección 5.4 en la página 157 para obtener más información sobre cómo presentar una Apelación de nivel 2.



Si tiene preguntas, llame a Neighborhood INTEGRITY al 1-844-812-6896 o al 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m.; y los sábados de 8 a. m. a 12 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

Si nuestra respuesta es Sí para una parte o para todo lo que pidió, debemos autorizar o proporcionarle la cobertura tan pronto como lo exija su estado de salud y a más tardar 72 horas después de tomar la decisión.

Si nuestra respuesta es No para una parte o todo lo que pidió, le enviaremos una carta. Si su problema está relacionado con la cobertura de un servicio o artículo de Medicare, le informaremos por carta que su caso fue remitido a la Entidad de Revisión Independiente para una Apelación de nivel 2. Si su problema está relacionado con la cobertura de un servicio o artículo de Medicaid, le informaremos por carta cómo puede presentar usted mismo una Apelación de nivel 2. Vaya a la Sección 5.4 en la página 157 para obtener más información sobre cómo presentar una Apelación de nivel 2.

¿Continuarán mis beneficios durante una Apelación de nivel 1?

Si decidimos cambiar o suspender la cobertura de un servicio que fue aprobado anteriormente, le enviaremos un aviso antes de tomar la medida. Si no está de acuerdo con la medida, podrá presentar una Apelación de nivel 1 y pedir que continuemos sus beneficios para ese servicio. Deberá **hacer la solicitud en la fecha en que ocurra el último de los dos eventos siguientes o antes** para que continúen sus beneficios:

- Dentro de los 10 días de la fecha de envío de nuestro aviso de la medida; o
- La fecha efectiva prevista para el inicio de la medida.

Si cumple con esa fecha límite, podrá seguir recibiendo el servicio en disputa, mientras se procesa su apelación. Si se mantienen sus beneficios y el resultado final de la apelación confirma nuestra medida, podremos recuperar el costo de los servicios proporcionados mientras estaba pendiente de resolución la apelación.

- **Sección 5.4: Apelación de nivel 2 para servicios, artículos y medicamentos (que no son medicamentos de la Parte D)**

Si el plan dice que No en el Nivel 1, ¿qué sucede después?

Si nuestra respuesta es **No** para una parte o para la totalidad de su Apelación de Nivel 1, le enviaremos una carta. En la carta le indicaremos si el servicio o artículo está habitualmente cubierto por Medicare y/o Medicaid.

- Si su problema está relacionado con un servicio o artículo de Medicare, usted recibirá automáticamente una Apelación de Nivel 2 ante la Entidad de Revisión Independiente (Independent Review Entity, IRE), tan pronto como se complete la Apelación de Nivel 1.



Si tiene preguntas, llame a Neighborhood INTEGRITY al 1-844-812-6896 o al 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m.; y los sábados de 8 a. m. a 12 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

- Si su problema está relacionado con un servicio o artículo de Medicaid, podrá presentar usted mismo una Apelación de Nivel 2 ante la Oficina de Audiencias Imparciales del Estado de la Oficina Ejecutiva de Salud y Servicios Humanos (Executive Office of Health and Human Services, EOHHS). En muchos casos, también puede solicitar una Revisión Externa de Rhode Island. Si puede solicitar una Revisión Externa de RI, la carta que le enviaremos con nuestra decisión sobre la Apelación de Nivel 1 indicará cómo hacer esto. Si no está seguro de si puede solicitar una Revisión Externa de RI, puede comunicarse con nosotros al 1-844-812-6896 y al 711. También se incluye información a continuación. Tanto las Audiencias Imparciales del Estado como las Revisiones Externas de Rhode Island están a cargo de organizaciones independientes que no forman parte del plan.
- Si su problema está relacionado con un servicio o artículo que podría estar cubierto tanto por Medicare como por Medicaid, usted recibirá automáticamente una Apelación de Nivel 2 ante la Entidad de Revisión Independiente (IRE). También puede solicitar una Apelación de nivel 2 ante la oficina de Audiencias Imparciales del Estado y/o la organización de Revisión Externa de Rhode Island. La carta que le enviaremos con nuestra decisión sobre la Apelación de nivel 1 indicará cómo hacer esto. También se incluye información a continuación.

¿Qué es una Apelación de nivel 2?

Una Apelación de nivel 2 es una segunda apelación realizada por una organización independiente que no está relacionada con el plan. Si su problema está relacionado con un servicio o artículo de **Medicare**, una organización independiente que se denomina Entidad de Revisión Independiente (IRE) realiza la Apelación de Nivel 2. Si su problema está relacionado con un servicio o artículo de **Medicaid**, puede solicitar una Apelación de Nivel 2 ante la oficina de Audiencias Imparciales del Estado de EOHHS o ante la organización de Revisión Externa de Rhode Island.

Mi problema está relacionado con un servicio o artículo de Medicaid. ¿Cómo presento una Apelación de nivel 2?

Una Apelación de nivel 2 relacionada con un servicio o artículo de Medicaid es la segunda apelación que está a cargo de la oficina de Audiencias Imparciales del Estado de EOHHS y/o la organización de Revisión Externa de Rhode Island. Puede presentar una o ambas de estas apelaciones de Nivel 2 dentro de **120 días calendario** posteriores a la fecha de envío de nuestra decisión de Nivel 1. Cuando se completa la revisión de Nivel 2, recibirá una decisión por escrito.

Si usted pierde esta fecha límite y tiene un motivo justificado, la EOHHS o la organización de Revisión Externa de Rhode Island puede darle más tiempo para presentar su apelación. Entre



Si tiene preguntas, llame a Neighborhood INTEGRITY al 1-844-812-6896 o al 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m.; y los sábados de 8 a. m. a 12 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

los ejemplos de motivo justificado están: usted tuvo una enfermedad grave, no le dimos la información correcta sobre la fecha límite para presentar la apelación.

NOTA: Si continuamos brindando sus beneficios para el servicio en disputa mientras su Apelación de Nivel 1 está en proceso, **tendrá menos días para apelar**. Si usted desea continuar recibiendo ese servicio durante la Apelación de Nivel 2, lea “¿Continuarán mis beneficios durante una Apelación de Nivel 2?” en la página 157 para obtener más información.

Cómo presentar una Apelación de nivel 2: ¿Audiencia imparcial del estado de la EOHHS?

Para comenzar su Apelación de nivel 2, usted, su médico u otro proveedor, o su representante deberán completar un formulario para solicitar una audiencia dentro de los 120 días de la fecha de envío de nuestra decisión de Nivel 1.

Usted o su representante pueden solicitar el formulario:

- Llamando a la Oficina de Apelaciones de la Oficina Ejecutiva de Salud y Servicios Humanos de Rhode Island (EOHHS) al (401) 462-2132 (TTY 401-462-3363).
- Enviando su solicitud por correo electrónico a OHHS.AppealsOffice@ohhs.ri.gov.
- Enviando la solicitud por fax al (401) 462-0458.
- También puede llamar al Defensor de Cuidado de Salud RIPIN al 1-855-747-3224 para recibir asistencia.

El formulario de Audiencia Imparcial del Estado puede ser enviado por correo, por fax o por correo electrónico.

También puede solicitar una Audiencia Imparcial de Estado expedita (rápida) en el formulario.

Puede enviar un pedido de audiencia a la siguiente dirección:

EOHHS Appeals Office, Virks Building, 3 West Rd., Cranston, RI 02920

La oficina de Audiencia Imparcial de Estado programará una audiencia. Le enviarán un aviso con la fecha, hora y lugar de la audiencia a más tardar 15 días antes de la fecha de la audiencia.

Cómo presentar una Apelación de nivel 2: ¿Revisión externa de RI?

Puede solicitar una Revisión Externa de RI comunicándose con nosotros al 1-844-812-6896 y 711 dentro de los 120 días posteriores a la fecha de envío de nuestra decisión de Nivel 1.



Si tiene preguntas, llame a Neighborhood INTEGRITY al 1-844-812-6896 o al 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m.; y los sábados de 8 a. m. a 12 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

Enviaremos la información de la apelación a la organización de Revisión Externa de RI dentro de los cinco días hábiles después de la recepción de su solicitud de Revisión Externa de RI. Recibirá una decisión por escrito de la organización de Revisión Externa de RI dentro de los 10 días posteriores a la recepción de toda la información necesaria para revisar su caso, pero a más tardar 45 días después de recibir la apelación.

Algunas denegaciones de apelación no son elegibles para una Revisión Externa de Rhode Island. Si no está seguro de si puede solicitar una Revisión Externa de RI, puede comunicarse con nosotros al 1-844-812-6896 y al 711. Lo ayudaremos a determinar si una revisión externa de RI está disponible para su situación.

Mi problema está relacionado con un servicio o artículo de Medicare. ¿Qué sucederá en la Apelación de nivel 2?

Una Entidad de Revisión Independiente (IRE) hará una revisión cuidadosa de Nivel 1 y decidirá si debería cambiarse.

- No tiene que solicitar la Apelación de nivel 2. Enviaremos automáticamente cualquier rechazo (total o parcial) a la IRE. Se le notificará cuando esto ocurra.
- La IRE está contratada por Medicare y no está vinculada con este plan.
- Puede solicitar una copia de su expediente llamando a Servicios para Miembros al 1-844-812-6896.

La IRE debe darle una respuesta a su Apelación de Nivel 2 dentro de los 30 días calendario posteriores a la recepción de su apelación (o a más tardar dentro de los 7 días calendario posteriores a la fecha en que recibe su apelación para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare). Esta regla se aplica si envió su apelación antes de recibir servicios o artículos médicos.

- Sin embargo, si la IRE necesita reunir más información que pudiera beneficiarlo, puede tomarse hasta 14 días calendario adicionales. Si la IRE necesita días adicionales para tomar una decisión, le avisará por carta. La IRE no puede dedicar más tiempo para tomar una decisión sobre si su apelación es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.

Si usted tuvo una “apelación rápida” de Nivel 1, tendrá automáticamente una apelación rápida en Nivel 2. La IRE debe darle una respuesta dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de su apelación.

- Sin embargo, si la IRE necesita reunir más información que pudiera beneficiarlo, puede tomarse hasta 14 días calendario adicionales. Si la IRE necesita días adicionales para



Si tiene preguntas, llame a Neighborhood INTEGRITY al 1-844-812-6896 o al 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m.; y los sábados de 8 a. m. a 12 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

tomar una decisión, le avisará por carta. La IRE no puede dedicar más tiempo para tomar una decisión sobre si su apelación es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.

¿Qué sucede si mi servicio o artículo podría estar cubierto por ambos, Medicare y Medicaid?

Si su problema está relacionado con un servicio o artículo que podría estar cubierto tanto por Medicare como por Medicaid, automáticamente enviaremos su Apelación de nivel 2 a la Entidad de Revisión Independiente (IRE). La IRE tomará una decisión sobre si Medicare debería cubrir o no el servicio o artículo. También puede solicitar una Apelación de nivel 2 ante la EOHHS para una Audiencia Imparcial del Estado o ante la organización de Revisión Externa de Rhode Island. Siga las instrucciones de la página 158.

¿Continuarán mis beneficios durante una Apelación de nivel 2?

Si su problema está relacionado con un servicio o artículo cubierto por Medicare solamente, sus beneficios para este servicio **no** continuarán durante el proceso de apelaciones de Nivel 2 presentado ante la Entidad de Revisión Independiente.

Si su problema está relacionado con un servicio cubierto por Medicaid o un servicio que podría estar cubierto por ambos, Medicare y Medicaid, sus beneficios para este servicio continuarán si:

- Usted calificó para la continuación de los beneficios durante la Apelación de nivel 1;
- Usted presenta su Apelación de nivel 2 y pide que continúen sus beneficios **dentro de los 10 días** posteriores a la fecha de envío de nuestra decisión de Nivel 1. Puede solicitarnos que continuemos sus beneficios llamándonos al 1-844-812-6896 o enviando una solicitud por escrito a Neighborhood Health Plan de Rhode Island, Atención: Coordinador de Reclamos y Apelaciones (Grievance and Appeals Coordinator), 910 Douglas Pike Smithfield, RI 02917, o fax: 1-401-709-7005

Si cumple estos requisitos, podrá seguir recibiendo el servicio en disputa, mientras se procesa su apelación. Si se mantienen sus beneficios y el resultado final de la apelación confirma nuestra medida, podremos recuperar el costo de los servicios proporcionados mientras estaba pendiente de resolución la apelación.

¿Cuándo conoceré la decisión?

Recibirá una carta en la que se le explicará la decisión de la Audiencia Imparcial del Estado dentro de los 90 días posteriores a la fecha en que solicitó la audiencia. Se le enviará una carta explicando la decisión de una Revisión Externa de RI dentro de los 10 días posteriores a la



Si tiene preguntas, llame a Neighborhood INTEGRITY al 1-844-812-6896 o al 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m.; y los sábados de 8 a. m. a 12 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

recepción de toda la información necesaria para revisar su caso, pero a más tardar 45 días después de recibir la apelación. Si califica para una Audiencia Imparcial del Estado acelerada, la EOHHS debe darle una respuesta dentro de las 72 horas. Si califica para una Revisión Externa de RI recibirá una respuesta en 2 días hábiles. Sin embargo, si la EOHHS o la organización de Revisión externa de RI necesita reunir más información que pudiera beneficiarlo, puede tomarse hasta 14 días calendario más.

- Si la decisión de la apelación es **Sí** para una parte o para todo lo que pidió en su apelación estándar, debemos aprobar o proporcionarle el servicio o artículo tan pronto como lo exija su estado de salud y a más tardar 72 horas después de recibir la decisión.
- Si la decisión de la apelación es **No** para una parte o para todo lo que pidió, eso significa que la EOHHS o la organización de Revisión Externa de RI confirmó la decisión de la Apelación de Nivel 1. Esto se denomina “confirmar la decisión”. También se denomina “rechazar su apelación”.

Si su Apelación de nivel 2 pasó a la Entidad de Revisión Independiente (IRE), ésta le enviará una carta en la que se le explicará la decisión.

- Si la IRE dice **Sí** para una parte o para todo lo que pidió en su apelación estándar, debemos autorizar la cobertura de atención médica tan pronto como lo exija su estado de salud, pero a más tardar las 72 horas posteriores a la recepción de la decisión. Si usted tuvo una apelación rápida, debemos autorizar la cobertura de cuidados médicos o darle el servicio o artículo dentro de las 72 horas a partir de la fecha en que recibimos la decisión de la IRE.
- Si la IRE dice **Sí** para una parte o para todo lo que pidió en su apelación estándar para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare, debemos autorizar o proporcionar el medicamento recetado de la Parte B de Medicare dentro de las 72 horas después de recibir la decisión de IRE. Si usted tuvo una apelación rápida, debemos autorizar o proporcionar el medicamento recetado de la Parte B de Medicare dentro de las 24 horas después de recibir la decisión de IRE.
- Si la IRE dice que **No** para una parte o para todo lo que pidió, eso significa que está de acuerdo con la decisión de nivel 1. Esto se denomina “confirmar la decisión”. También se denomina “rechazar su apelación”.

¿Qué sucede si la Oficina de Audiencias Imparciales del Estado de la EOHHS o la organización de Revisión externa de RI y la Entidad de Revisión Independiente revisan la Apelación de nivel 2 y toman decisiones diferentes?



Si tiene preguntas, llame a Neighborhood INTEGRITY al 1-844-812-6896 o al 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m.; y los sábados de 8 a. m. a 12 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

Si la oficina de Audiencias Imparciales del Estado de la EOHHS, la organización de Revisión Externa de RI o la Entidad de Revisión Independiente deciden que **Sí** para todo o parte de lo que pidió, le daremos el servicio o artículo aprobados que sean más cercanos a lo que solicitó en su apelación.

Si la decisión es No para todo o parte de lo que pedí, ¿puedo volver a apelar?

Sí, en algunos casos.

Si su apelación de Nivel 2 pasó a la oficina de Audiencias Imparciales del Estado de EOHHS y/o la organización de Revisión Externa de Rhode Island y ellos dijeron que no a todo o parte de su Apelación de nivel 2, para un servicio, artículo o medicamento de Medicaid, puede presentar una Apelación de nivel 3. Le enviaremos una carta que le indicará cómo hacer esto. El Nivel 3 del proceso de apelaciones para un servicio, artículo o medicamento de Medicaid transcurre en un tribunal estatal. En la Sección 9.2, página 192 encontrará más información.

Si su Apelación de nivel 2 pasó a la Entidad de Revisión Independiente (IRE), usted podrá presentar otra apelación, solo si el valor en dólares del servicio o artículo que quiere llega a cierta cantidad mínima. La carta que usted reciba de la IRE le explicará sobre derechos de apelación adicionales que podría tener. En la Sección 9.1, página 192 encontrará más información.

• Sección 5.5: Problemas de pagos

No permitimos que los proveedores de nuestra red le facturen a usted por los servicios y artículos recibidos. Esta es la norma, incluso si le pagamos al proveedor menos de lo que el proveedor cobra por un servicio o artículo cubierto. Usted nunca tendrá que pagar el saldo de ninguna factura. La única excepción es si usted está recibiendo servicios y respaldos a largo plazo y Medicaid de Rhode Island dice que usted tiene que pagar parte del costo de estos servicios. Si usted está recibiendo servicios y respaldos a largo plazo, es posible que usted también tenga que pagar parte del costo de los servicios. La cantidad la determina el programa Medicaid de Rhode Island.

Si recibe una factura por servicios o artículos cubiertos, envíenos la factura. **Usted no debe pagar la factura.** Nos comunicaremos directamente con el proveedor y nos encargaremos del problema.

Para obtener más información, comience por consultar el Capítulo 7: “Si un proveedor de la red le envía una factura”. En el Capítulo 7, Sección A, se describen situaciones en las que usted podría necesitar pedir la devolución o que paguemos una factura que recibió de algún proveedor. Además, se le indica cómo enviar los documentos para pedirnos que cubramos tales pagos.



Si tiene preguntas, llame a Neighborhood INTEGRITY al 1-844-812-6896 o al 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m.; y los sábados de 8 a. m. a 12 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

¿Puedo pedirles a ustedes que me devuelvan lo que pagué por un servicio o artículo?

Recuerde, si recibe una factura por servicios o artículos cubiertos, no debe pagar la factura usted mismo. Pero si la paga, podrá obtener un reembolso si siguió las reglas para recibir servicios y artículos. La única cantidad que usted tendrá que pagar es su parte del costo de los servicios y respaldos a largo plazo, según lo determine Medicaid de Rhode Island.



Si tiene preguntas, llame a Neighborhood INTEGRITY al 1-844-812-6896 o al 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m.; y los sábados de 8 a. m. a 12 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

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 quiere que le devolvamos el pago por un medicamento de la Parte D**

Sus beneficios como miembro de nuestro plan incluyen la cobertura de muchos medicamentos de receta. La mayoría de esos medicamentos son “medicamentos de la Parte D”. Hay algunos medicamentos que Medicare Parte D no cubre pero que Medicaid podría cubrir. **Esta sección corresponde solo a las apelaciones de medicamentos de la Parte D.**

La Lista de Medicamentos incluye algunos medicamentos marcados con “DP”. Esos medicamentos no son medicamentos de la Parte D. Las apelaciones y decisiones de cobertura relacionadas con medicamentos marcados con “DP” siguen el proceso de la Sección 5, en la página 148.

¿Puedo pedir una decisión sobre cobertura o presentar una apelación sobre medicamentos de receta de la Parte D?

Sí. Estos son ejemplos de decisiones sobre cobertura que puede pedirnos que tomemos sobre sus medicamentos de la Parte D:

- Usted nos pide que hagamos una excepción como:
 - Pedirnos que cubramos un medicamento de la Parte D que no está en la Lista de Medicamentos del plan
 - Pedirnos que cancelemos una restricción a la cobertura del plan por un medicamento (como límites en la cantidad de medicamento que puede obtener)
- Usted nos pregunta si un medicamento está cubierto para usted (por ejemplo, cuando su medicamento está en la Lista de medicamentos del plan, pero le pedimos que obtenga nuestra aprobación antes de que lo cubramos).

NOTA: Si su farmacia le dice que no puede surtir su receta, usted recibirá un aviso en el que se le explicará cómo comunicarse con nosotros para pedir una decisión sobre cobertura.

- Usted nos pide que paguemos por un medicamento de receta que ya compró. Esto es pedir una decisión sobre cobertura por un pago.

Si tiene preguntas, llame a Neighborhood INTEGRITY al 1-844-812-6896 o al 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m.; y los sábados de 8 a. m. a 12 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.



El término legal para una decisión sobre cobertura de sus medicamentos de la Parte D es “determinación de cobertura”.

Si no está de acuerdo con una decisión sobre cobertura que hemos tomado, usted puede apelar nuestra decisión. Esta sección le explicará cómo pedir decisiones sobre cobertura y cómo solicitar una apelación.

Use la tabla que figura a continuación para saber en qué sección encontrará información sobre su situación:

¿En cuál de estas situaciones está usted?			
¿Necesita un medicamento que no está en nuestra Lista de medicamentos o necesita una excepción a una regla o a una restricción para un medicamento que cubrimos?	¿Quiere que cubramos un medicamento de nuestra Lista de medicamentos (como obtener una aprobación previa) para el medicamento que necesita?	¿Quiere pedirnos que le devolvamos el pago por un medicamento que ya recibió y por el que pagó?	¿Ya le dijimos que no cubriremos ni pagaremos un medicamento de la manera que usted quiere que sea cubierto o pagado?
Puede pedirnos que hagamos una excepción. (Este es un tipo de decisión sobre cobertura.)	Puede pedirnos una decisión sobre cobertura.	Puede pedirnos que le devolvamos lo que pagó. (Este es un tipo de decisión sobre cobertura.)	Puede presentar una apelación. (Esto significa que nos está pidiendo que reconsideremos.)
Comience con la Sección 6.2, en la página 166. Consulte también las Secciones 6.3 y 6.4, en las páginas 167 y 168.	Vaya a la Sección 6.4 en la página 168.	Vaya a la Sección 6.4 en la página 168.	Vaya a la Sección 6.5, en la página 171.



Si tiene preguntas, llame a Neighborhood INTEGRITY al 1-844-812-6896 o al 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m.; y los sábados de 8 a. m. a 12 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

• Sección 6.2: ¿Qué es una excepción?

Una excepción es un permiso para recibir cobertura por un medicamento que normalmente no está incluido en nuestra Lista de Medicamentos o para usar un medicamento sin ciertas reglas y limitaciones. Si un medicamento no está en la Lista de Medicamentos o no está cubierto en la forma en la que quisiera, puede pedirnos que hagamos una “excepción”.

Cuando usted nos pide hacer una excepción, su médico u otro profesional autorizado deberán explicar los motivos médicos por los que usted necesita una excepción.

Estos son ejemplos de excepciones que usted o su médico u otro profesional autorizado pueden pedirnos:

1. Cubrir un medicamento de la Parte D que no está en la Lista de Medicamentos.
 - No puede solicitar una excepción al monto del copago o coseguro que le exigimos que pague por el medicamento.
2. Quitar una restricción en nuestra cobertura. Hay reglas o restricciones adicionales que corresponden a ciertos medicamentos de nuestra Lista de Medicamentos (para obtener más información, vaya al Capítulo 5, Sección C).
 - Las reglas adicionales y restricciones sobre cobertura para ciertos medicamentos incluyen:
 - Que se le pida usar una versión genérica de un medicamento en lugar de un medicamento de marca.
 - Obtener una aprobación del plan antes de que estemos de acuerdo en cubrir el medicamento para usted. (Esto a veces se denomina “autorización previa”).
 - Que se le pida probar un medicamento diferente antes de que estemos de acuerdo en cubrir el medicamento que usted está pidiendo. (Esto a veces se denomina “tratamiento progresivo”).
 - Límites de cantidad. Con ciertos medicamentos, limitamos la cantidad que usted puede obtener.

El término legal que a veces se usa para pedir que se quite una restricción a la cobertura de un medicamento es **“excepción de formulario”**.



Si tiene preguntas, llame a Neighborhood INTEGRITY al 1-844-812-6896 o al 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m.; y los sábados de 8 a. m. a 12 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

• Sección 6.3: Lo que debe saber cuando pide una excepción

Su médico u otro profesional autorizado deben decirnos los motivos médicos

Su médico u otro profesional autorizado deben presentarnos una declaración que explique los motivos médicos para solicitar una excepción. Nuestra decisión sobre la excepción será más rápida si usted incluye esta información de su médico u otro profesional autorizado cuando pida la excepción.

Por lo general, nuestra Lista de medicamentos incluye más de un medicamento para tratar una enfermedad en particular. Estos se denominan medicamentos “alternos”. En general, no aprobamos su solicitud de excepción si un medicamento alternativo funciona tan bien como el medicamento que está pidiendo y no causa más efectos secundarios ni otros problemas de salud.

Diremos Sí o No a su solicitud de excepción

- Si decimos **Sí** a su solicitud de excepción, esta excepción generalmente durará hasta el final del año calendario. Esto es así siempre y cuando su proveedor siga recetando el medicamento para usted y ese medicamento siga siendo seguro y eficaz para el tratamiento de su enfermedad.
- Si decimos **No** a su solicitud de excepción, puede apelar para pedir una revisión sobre nuestra decisión. Para saber cómo pedir una apelación si decimos **No**, consulte la Sección 6.5, en la página 171.

En la siguiente sección encontrará información para pedir una decisión sobre cobertura, incluso para una excepción.



Si tiene preguntas, llame a Neighborhood INTEGRITY al 1-844-812-6896 o al 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m.; y los sábados de 8 a. m. a 12 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

• **Sección 6.4: Cómo pedir una decisión sobre cobertura de un medicamento de la Parte D o que le devuelvan su dinero por un medicamento de la Parte D, incluso una excepción**

Qué hacer

- Pida el tipo de decisión sobre cobertura que usted quiera. Haga su pedido por teléfono, por correo o por fax. Puede llamarnos al 1-844-812-6896.
- Su médico (u otro profesional autorizado) u otra persona que esté actuando en su nombre pueden pedir una decisión sobre cobertura. También puede pedirle a un abogado que actúe en su nombre.
- Lea la Sección 4, en la página 145 para averiguar cómo autorizar a otra persona para que actúe como su representante.
- No necesita darle a su médico u otro profesional autorizado un permiso escrito para que nos pidan una decisión sobre cobertura en su nombre.
- Si quiere pedirnos que le reintegremos el pago de un medicamento, lea el Capítulo 7, Sección A de este manual. En el Capítulo 7 se describen algunos ejemplos de casos en los que usted podría necesitar pedir la devolución de un pago. Además, se le indica cómo enviarnos los documentos necesarios para solicitarnos que le reintegremos nuestra parte del costo de un medicamento por el que usted ya pagó.

En resumen: Cómo pedir una decisión sobre cobertura de un medicamento o pago

Llame por teléfono, escriba o envíenos un fax o pídale a su representante o médico u otro profesional autorizado que la pidan. Le daremos una respuesta sobre una decisión sobre cobertura estándar dentro de las 72 horas. Por un medicamento de la Parte D que usted ya pagó, le responderemos sobre la devolución de su dinero en 14 días calendario.

- Si está pidiendo una excepción, incluya la declaración de respaldo de su médico u otro profesional autorizado.
- Usted, o su médico u otro profesional autorizado pueden pedir una decisión rápida. (Las decisiones rápidas se toman generalmente en 24 horas.)
- Lea esta sección para verificar si usted es elegible para una decisión rápida. Léala también para encontrar información sobre las fechas límite para las decisiones.



Si tiene preguntas, llame a Neighborhood INTEGRITY al 1-844-812-6896 o al 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m.; y los sábados de 8 a. m. a 12 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

- Si está pidiendo una excepción, incluya la “declaración de respaldo”. Su médico u otro profesional autorizado deben decirnos los motivos médicos para la excepción del medicamento. Este documento se llama “declaración de respaldo”.
- Su médico u otro profesional autorizado pueden enviarnos la declaración por fax o por correo. Su médico u otro profesional autorizado también pueden llamarnos por teléfono y después enviar una declaración por fax o por correo.

Si su salud lo requiere, pídanos que tomemos una “decisión sobre cobertura rápida”

Usaremos las “fechas límite estándar” salvo que hayamos acordado usar “fechas límite rápidas”.

- Una **decisión sobre cobertura estándar** significa que le daremos **una respuesta dentro de 72 horas** después de recibir la declaración de su proveedor.
- Una **decisión sobre cobertura rápida** significa que le daremos **una respuesta dentro de 24 horas** después de recibir la declaración de su proveedor.

El término legal para una “decisión sobre cobertura rápida” es “determinación de cobertura acelerada”.

Usted podrá obtener una decisión sobre cobertura rápida **solamente si está pidiendo un medicamento que aún no ha recibido**. (Si nos está pidiendo que devolvamos el pago por un medicamento que ya compró, no nos puede pedir una decisión de cobertura rápida.

Usted podrá obtener una decisión sobre cobertura rápida **solamente si al aplicar el plazo estándar se podría causar daños graves a su salud o afectar su capacidad para desempeñarse**.

Si su médico u otro profesional autorizado nos dice que su estado de salud requiere una “decisión sobre cobertura rápida”, aprobaremos una decisión de cobertura rápida automáticamente y se lo diremos en la carta.

- Si usted nos pide tomar una decisión sobre cobertura rápida (sin el respaldo de su médico u otro profesional autorizado), nosotros decidiremos si usted puede obtener una decisión sobre cobertura rápida.
- Si decidimos que su enfermedad no cumple con los requisitos para que tomemos una decisión sobre cobertura rápida, utilizaremos las fechas límite de una decisión estándar.

Si tiene preguntas, llame a Neighborhood INTEGRITY al 1-844-812-6896 o al 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m.; y los sábados de 8 a. m. a 12 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.



- Le enviaremos una carta para informarle. En la carta, también le informaremos cómo puede presentar una “queja rápida” sobre nuestra decisión de darle una decisión sobre cobertura estándar.
- Puede presentar una “queja rápida” y le responderemos dentro de las 24 horas. Para obtener más información sobre el proceso de presentación de quejas o quejas rápidas, consulte la Sección 10 en la página 195.

Fechas límite para una “decisión sobre cobertura rápida”

- Si usamos las fechas límite rápidas le debemos dar nuestra respuesta dentro de las 24 horas. Es decir, dentro de las 24 horas después de recibido el pedido. O, si está pidiendo una excepción, 24 horas después de recibir la declaración de respaldo de su médico u otro profesional autorizado. Le daremos nuestra respuesta antes si así lo exige su estado de salud.
- Si no cumplimos con esta fecha límite, enviaremos su pedido al Nivel 2 del proceso de apelaciones. En el Nivel 2, una Entidad de Revisión Independiente examinará su pedido.
- **Si nuestra respuesta es Sí** para una parte o para todo lo que pidió, debemos darle la cobertura en un plazo de 24 horas después de recibir su pedido o la declaración de su médico u otro profesional autorizado respaldando su pedido.
- **Si nuestra respuesta es No** para una parte o para todo lo que pidió, le enviaremos una carta para explicarle los motivos para decir que **No**. La carta también le explicará cómo puede apelar nuestra decisión.

Fechas límites para obtener una “decisión sobre cobertura estándar” para un medicamento que aún no ha recibido

- Si usamos las fechas límite estándar le debemos dar nuestra respuesta dentro de las 72 horas después de recibido su pedido. O, si está pidiendo una excepción, después de recibir la declaración de respaldo de su médico u otro profesional autorizado. Le daremos nuestra respuesta antes si así lo exige su estado de salud.
- Si no cumplimos este plazo, enviaremos su pedido al Nivel 2 del proceso de apelaciones. En el Nivel 2, una Entidad de Revisión Independiente examinará su pedido.
- **Si nuestra respuesta es Sí** para una parte o para todo lo que pidió, debemos aprobar o darle la cobertura en un plazo de 72 horas después de recibir su pedido, o si está



Si tiene preguntas, llame a Neighborhood INTEGRITY al 1-844-812-6896 o al 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m.; y los sábados de 8 a. m. a 12 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

pidiendo una excepción, la declaración de su médico u otro profesional autorizado respaldando su pedido.

- **Si nuestra respuesta es No** para una parte o para todo lo que pidió, le enviaremos una carta para explicarle los motivos para decir que **No**. La carta también le explicará cómo puede apelar nuestra decisión.

Fechas límites para obtener una “decisión sobre cobertura estándar” para el pago de un medicamento que ya compró

- Le debemos dar nuestra respuesta dentro de los 14 días calendario después de haber recibido su apelación.
- Si no cumplimos con esta fecha límite, enviaremos su pedido al Nivel 2 del proceso de apelaciones. En el Nivel 2, una Entidad de Revisión Independiente examinará su pedido.
- **Si nuestra respuesta es Sí** para una parte o para todo lo que pidió, realizaremos el pago dentro de 14 días calendario.
- **Si nuestra respuesta es No** para una parte o para todo lo que pidió, le enviaremos una carta para explicarle los motivos para decir que **No**. La carta también le explicará cómo puede apelar nuestra decisión.

• Sección 6.5: Apelación de nivel 1 para medicamentos de la Parte D

En resumen: Cómo presentar una Apelación de nivel 1

Usted, su médico o profesional autorizado o su representante pueden hacer su pedido por escrito y enviarlo a nuestras oficinas por correo o por fax. También puede llamarnos por teléfono para hacer su apelación.

- Pida la apelación dentro de los **60 días calendario** tras tomar la decisión que quiere apelar. Si pierde esa fecha



Si tiene preguntas, llame a Neighborhood INTEGRITY al 1-844-812-6896 o al 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m.; y los sábados de 8 a. m. a 12 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

- Para comenzar su apelación, usted, su médico u otro profesional autorizado, o su representante deberán comunicarse con nosotros.
- Si está pidiendo una apelación estándar, puede presentar su apelación por escrito. También puede llamarnos por teléfono al 1-844-812-6896 para hacer su apelación.
- Si desea una apelación rápida, puede presentar su apelación por escrito o llámenos.

límite por un motivo justificado, todavía podrá apelar.

- Usted, su médico u otro profesional autorizado, o su representante pueden llamarnos para pedir una apelación rápida.
- Lea esta sección para verificar si usted es elegible para una decisión rápida. Léala también para encontrar información sobre las fechas límite para las decisiones.

- Presente su pedido de apelación **a más tardar 60 días calendario** después de la fecha del aviso que le enviamos para informarle de nuestra decisión. Si usted pierde esta fecha límite y tiene un motivo justificado podemos darle más tiempo para presentar su apelación. Ejemplos de razones justificadas para no cumplir con el plazo: usted tuvo una enfermedad grave que le impidió ponerse en contacto con nosotros o le dimos información incorrecta o incompleta sobre el plazo para solicitar una apelación.

El término legal para una apelación al plan sobre una decisión de cobertura de medicamentos de la Parte D es “**redeterminación**” del plan.

- Usted tiene derecho a pedirnos una copia de la información sobre su apelación. Para solicitar una copia, comuníquese con Servicios para Miembros llamando al 1-844-812-6896 (TTY 711).

Si quiere, usted y su médico u otro profesional autorizado pueden darnos más información para respaldar su apelación.

Si su salud lo requiere, pídanos una “apelación rápida”

- Si está apelando una decisión tomada por nuestro plan sobre un medicamento que no haya recibido, usted y su médico u otro profesional autorizado deberán decidir si usted necesita una “apelación rápida”.
- Los requisitos para obtener una “apelación rápida” son los mismos que para obtener una “decisión sobre cobertura rápida” y están incluidos en la Sección 6.4, página 168.



Si tiene preguntas, llame a Neighborhood INTEGRITY al 1-844-812-6896 o al 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m.; y los sábados de 8 a. m. a 12 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

El término legal para una “apelación rápida” es “redeterminación acelerada”.

Nuestro plan revisará su apelación y le dirá cuál es nuestra decisión.

- Analizamos nuevamente con cuidado toda la información relacionada con su pedido de cobertura. Verificamos que hayamos seguido todas las reglas cuando le dijimos que No a su solicitud. Es posible que nos comuniquemos con usted, o con su médico u otro profesional autorizado para obtener más información. La persona que hará la revisión no será la misma que tomó la decisión sobre cobertura inicial.

Fechas límite para una “apelación rápida”

- Si usamos las fechas límite rápidas le debemos dar nuestra respuesta dentro de las 72 horas de recibida su apelación, o antes si así lo exige su salud.
- Si no le damos una respuesta dentro de las 72 horas, enviaremos su pedido al Nivel 2 del proceso de apelaciones. En el Nivel 2, una Entidad de Revisión Independiente examinará su apelación.
- **Si nuestra respuesta es Sí** para una parte o para la totalidad del pedido que presentó, debemos darle la cobertura en un plazo de 72 horas después de recibir su apelación.
- **Si nuestra respuesta es No** para una parte o para la totalidad del pedido que presentó, le enviaremos una carta para explicarle los motivos para decir **No**.

Fechas límite para una “apelación estándar”.

- Si usamos las fechas límite estándar, debemos darle nuestra respuesta a más tardar en 7 días calendario después de recibir su apelación, o antes si su salud así lo exige, excepto si nos solicita que le reembolsemos un medicamento que ya compró. Si nos solicita que le reembolsemos un medicamento que ya compró, debemos darle nuestra respuesta a más tardar en 14 días calendario después de recibir su apelación. Si cree que su salud lo requiere, pídanos una “apelación rápida”.
- Si no le damos una respuesta dentro de los 7 días o 14 días calendario si nos pidió el reembolso de un medicamento que ya compró, enviaremos su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones. En el Nivel 2, una Entidad de Revisión Independiente examinará su apelación.
- **Si nuestra respuesta es Sí** para una parte o la totalidad de lo que solicitó:

Si tiene preguntas, llame a Neighborhood INTEGRITY al 1-844-812-6896 o al 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m.; y los sábados de 8 a. m. a 12 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.



- Si aprobamos su solicitud de cobertura, debemos darle la cobertura tan pronto como lo requiera su salud, pero a más tardar 7 días calendario tras recibir su apelación o 14 días si nos solicitó el reembolso de un medicamento que ya compró.
- Si aprobamos una solicitud para devolverle el pago por un medicamento que ya compró, le enviaremos el pago a más tardar en 30 días calendario después de recibir su solicitud de apelación.
- Si nuestra respuesta es No para una parte o para la totalidad de la solicitud que presentó, le enviaremos una carta en la que le explicaremos por qué dijimos que No y cómo puede apelar nuestra decisión.



Si tiene preguntas, llame a Neighborhood INTEGRITY al 1-844-812-6896 o al 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m.; y los sábados de 8 a. m. a 12 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

• Sección 6.6: Apelación de nivel 2 para medicamentos de la Parte D

Si nuestra respuesta es **No** para una parte o para la totalidad de su apelación, usted puede elegir si acepta esta decisión o hace otra apelación. Si decide seguir adelante con la Apelación de nivel 2, la Entidad de Revisión Independiente (IRE) revisará nuestra decisión.

- Si quiere que la Entidad de Revisión Independiente revise su caso, su pedido de apelación debe ser por escrito. En la carta que le enviaremos sobre nuestra decisión en la Apelación de Nivel 1 se le explicará cómo solicitar la Apelación de Nivel 2.
- Cuando apele ante la IRE, enviaremos su expediente a la IRE. Usted tiene derecho a pedirnos una copia de su expediente llamando a Servicios para miembros al 1-844-812-6896 (TTY 711).
- Usted tiene derecho a dar a la IRE otra información para respaldar su apelación.
- La IRE es una organización independiente contratada por Medicare. No está vinculada con este plan y no es una agencia del gobierno.
- Los revisores de la IRE analizarán con cuidado toda la información relacionada con su apelación. La organización le enviará una carta en la que le explicará su decisión.

En resumen: Cómo presentar una Apelación de nivel 2

Si quiere que la Entidad de Revisión Independiente revise su caso, su pedido de apelación debe ser por escrito.

- Pida la apelación dentro de los **60 días calendario** de tomada la decisión que quiere apelar. Si pierde esa fecha límite por un motivo justificado, todavía podrá apelar.
- Usted, su médico u otro profesional autorizado, o su representante pueden solicitar la Apelación de nivel 2.
- Lea esta sección para verificar si usted es elegible para una decisión rápida. Léala también para encontrar información sobre las fechas límite para las decisiones.

El término legal para una apelación ante la IRE sobre un medicamento de la Parte D es “reconsideración”.

Fechas límite para una “apelación rápida” de Nivel 2

Si tiene preguntas, llame a Neighborhood INTEGRITY al 1-844-812-6896 o al 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m.; y los sábados de 8 a. m. a 12 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

- Si su salud lo requiere, pida a la Entidad de Revisión Independiente (IRE) una “apelación rápida”.
- Si la IRE está de acuerdo con darle una “apelación rápida”, deberá responder a su Apelación de nivel 2 dentro de las 72 horas después de recibir su pedido de apelación.
- Si la IRE dice **Sí** para una parte o para todo lo que pidió, debemos autorizar o darle la cobertura de medicamentos dentro de las 24 horas después de recibir la decisión.

Fechas límite para una “apelación estándar” de Nivel 2

- Si usted tiene una apelación estándar en el Nivel 2, la Entidad de Revisión Independiente (IRE) debe darle una respuesta a su Apelación de Nivel 2 dentro de los 7 días calendario después de recibir su apelación, o 14 días si nos solicitó el reembolso de un medicamento que ya compró.
- Si la IRE dice **Sí** para una parte o para todo lo que pidió, debemos autorizar o darle la cobertura de medicamentos dentro de las 72 horas después de recibir la decisión.
- Si la IRE aprueba una solicitud para devolverle el pago por un medicamento que ya compró, le enviaremos el pago a más tardar en 30 días calendario después de recibir la decisión.

¿Y si la Entidad de Revisión Independiente responde No a su Apelación de nivel 2?

No significa que la Entidad de Revisión Independiente (IRE) está de acuerdo con nuestra decisión de no aprobar su solicitud. Esto se denomina “confirmar la decisión”. También se denomina “rechazar su apelación”.

Si usted quiere ir al Nivel 3 del proceso de apelaciones, el valor en dólares de los medicamentos que pidió debe alcanzar cierta cantidad mínima. Si el valor en dólares es menor que el mínimo, no podrá seguir apelando. Si el valor en dólares es suficientemente alto, podrá presentar otra Apelación de nivel 3. La carta que reciba de la IRE le dirá el valor necesario en dólares para continuar con el proceso de apelación.



Si tiene preguntas, llame a Neighborhood INTEGRITY al 1-844-812-6896 o al 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m.; y los sábados de 8 a. m. a 12 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

Sección 7: Cómo pedir que le cubramos una estadía más larga en el hospital

Cuando le internen en un hospital, usted tiene derecho a recibir todos los servicios que nosotros cubrimos que sean necesarios para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión.

Durante su estadía cubierta en el hospital, su proveedor y el personal del hospital trabajarán con usted para que esté preparado para el día en que usted vaya a salir del hospital. También le ayudarán a preparar el cuidado que necesitará después de salir.

- La fecha en que usted sale del hospital es la “fecha de salida”.
- Su proveedor o el personal del hospital le dirán cuál es su fecha de salida.

Si usted cree que le están pidiendo salir del hospital demasiado pronto, puede pedirnos que cubramos una estadía más larga. Esta sección le explicará cómo pedirlo.

• Sección 7.1: Para conocer sus derechos de Medicare

Dentro de los dos días de su ingreso al hospital, un trabajador social o un enfermero le dará un aviso llamado “Mensaje Importante de Medicare sobre sus Derechos”. Si no recibe este aviso, pídselo a cualquier empleado del hospital. Si necesita ayuda, llame a Servicios para Miembros al 1-844-812-6896 (TTY 711). También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Por favor, lea este aviso atentamente y pregunte si no entiende algo. En el “Mensaje Importante” se explican sus derechos como paciente en el hospital, que incluye:

- Su derecho a recibir servicios cubiertos por Medicare durante y después de su estadía en el hospital. Usted tiene derecho a saber cuáles son esos servicios, quién los paga y dónde puede obtenerlos.
- Su derecho a participar en las decisiones sobre la duración de su estadía en el hospital.
- Su derecho a saber dónde informar sus inquietudes sobre la calidad de su cuidado en el hospital.
- Su derecho a apelar si cree que le dieron el alta del hospital demasiado pronto.

Si tiene preguntas, llame a Neighborhood INTEGRITY al 1-844-812-6896 o al 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m.; y los sábados de 8 a. m. a 12 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.



Usted deberá firmar el aviso de Medicare para demostrar que lo recibió y que comprende sus derechos. La firma del aviso **no** significa que usted está de acuerdo con la fecha de salida que posiblemente le haya informado su proveedor o el personal del hospital.

Guarde su copia del aviso firmado para que tenga la información si la necesita.

- Para ver una copia de este aviso con anticipación, comuníquese con Servicios para Miembros llamando al 1-844-812-6896 (TTY 711). También puede llamar al 1-800 MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. La llamada es gratuita.
- También puede ver el aviso en línea en <https://www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNH/HospitalDischargeAppealNotices.html>.
- Si necesita ayuda, comuníquese con Servicios para Miembros o con Medicare llamando a los números que figuran

• **Sección 7.2: Apelación de nivel 1 para cambiar la fecha de su salida del hospital**

Si quiere que cubramos sus servicios de hospital por un tiempo más largo como paciente interno, deberá presentar una apelación. Una Organización para el Mejoramiento de la Calidad revisará la Apelación de nivel 1 para ver si la fecha de su salida es médicamente adecuada para usted. En Rhode Island, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad se llama KEPRO.

Para presentar una apelación o cambiar la fecha de su salida, llame a KEPRO al: 1-888-319-8452.

¡Llame inmediatamente!

Llame a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad **antes** de salir del hospital y no después de la fecha programada para su salida. “En el Mensaje Importante de Medicare sobre sus Derechos” encontrará información sobre cómo comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad.



Si tiene preguntas, llame a Neighborhood INTEGRITY al 1-844-812-6896 o al 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m.; y los sábados de 8 a. m. a 12 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

- **Si llama antes de salir del hospital,** se le permitirá quedarse después de la fecha de su salida sin tener que pagar, mientras espera la decisión sobre su apelación tomada para el Mejoramiento de la Calidad
- **Si no llama para apelar** y decide quedarse en el hospital después de la fecha de su salida, es posible que deba pagar todos los costos por cuidados recibidos del hospital después de la fecha programada

En resumen: Cómo presentar una Apelación de nivel 1 para cambiar la fecha de su salida del hospital

Llame a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad para su estado al 1-888-319-8452 y pida una “revisión rápida”.

Llame antes de salir del hospital y antes de la fecha programada para su salida.

- **Si pierde la fecha límite** para comunicarse sobre su apelación con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad, puede presentar su apelación directamente a nuestro plan. En la Sección 7.4, página 182 encontrará más información.

Queremos asegurarnos de que entienda lo que debe hacer y cuáles son las fechas límite.

- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, comuníquese con Servicios para Miembros llamando al 1-844-812-6896. También puede llamar al Defensor de Cuidados de Salud RIPIN al 1-855-747-3224 o al Programa de Asistencia con los Seguros de Salud del Estado (SHIP) al 1-401-462-4444.

¿Qué es una Organización para el Mejoramiento de la Calidad?

Es un grupo de médicos y otros profesionales de cuidado de la salud pagados por el gobierno federal. Estos expertos no son parte de nuestro plan. Medicare les paga para revisar y ayudar a mejorar la calidad del cuidado para las personas con Medicare.

Pida una “revisión rápida”

Debe pedir a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad una “**revisión rápida**” de la fecha de su salida. Pedir una “revisión rápida” significa que usted está pidiendo que la organización use las fechas límite rápidas para una apelación en lugar de usar las fechas límite estándar.

El término legal para una “revisión rápida” es “revisión inmediata”.

¿Qué pasará durante la revisión rápida?

Si tiene preguntas, llame a Neighborhood INTEGRITY al 1-844-812-6896 o al 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m.; y los sábados de 8 a. m. a 12 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

- Los revisores de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad le preguntarán a usted o a su representante por qué creen que la cobertura debería continuar después de la fecha programada para su salida del hospital. Usted no tiene que preparar nada por escrito, pero si quiere, puede hacerlo.
- Los revisores examinarán su expediente médico, conversarán con su proveedor y revisarán toda la información relacionada con su estadía en el hospital.
- Usted recibirá una carta con su fecha programa de salida del hospital, para el mediodía del día después de que los revisores nos informen sobre su apelación. La carta se le explican los motivos por los que su proveedor, el hospital y nosotros creemos que es correcto que usted salga del hospital en esa fecha.

El término legal para esta explicación por escrito es “**Aviso Detallado de su Salida**”. Para obtener una muestra, comuníquese con Servicios para Miembros llamando al 1-844-812-6896 (TTY 711). También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. O puede ver una muestra del aviso por Internet en <https://www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNH/HospitalDischargeAppealNotices.html>.

¿Y si la respuesta es Sí?

- Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad dice **Sí** a su apelación, debemos seguir cubriendo sus servicios de hospital todo el tiempo que sea médicamente necesario.

¿Y si la respuesta es No?

- Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad dice **No** a su apelación, están diciendo que su fecha de salida programada es médicamente adecuada. Si es así, nuestra cobertura por servicios de hospital como paciente interno terminará al mediodía del día después de que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad le dé a usted su respuesta.
- Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad dice **No** y usted decide quedarse en el hospital, es posible que deba pagar todo el costo por la continuación de su estadía en el hospital. El costo de la atención hospitalaria que posiblemente tenga que pagar comienza al mediodía del día después al que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad le dé a usted su respuesta.

Si tiene preguntas, llame a Neighborhood INTEGRITY al 1-844-812-6896 o al 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m.; y los sábados de 8 a. m. a 12 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

- Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad rechaza su apelación y usted se queda en el hospital después de la fecha programada para su salida, usted podrá presentar una Apelación de Nivel 2.

• **Sección 7.3: Apelación de nivel 2 para cambiar la fecha de su salida del hospital**

Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad ha rechazado su apelación y usted se queda en el hospital después de la fecha programada para su salida, usted podrá presentar una Apelación de Nivel 2. Tendrá que comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad y pedir otra revisión.

Pida la revisión de Nivel 2 **dentro de los 60 días calendario** a partir del día en que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad respondió **No** a su Apelación de Nivel 1. Usted podrá pedir esta revisión solamente si permaneció en el hospital después de la fecha en que finalizó la cobertura por la atención.

En Rhode Island, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad se llama KEPRO. Puede comunicarse con KEPRO llamando al: 1-888-319-8452.

- Los revisores de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad analizarán otra vez, cuidadosamente, toda la información relacionada con su apelación.
- Los revisores de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad tomarán una decisión dentro de los 14 días calendario de recibido su pedido de una segunda revisión.

En resumen: Cómo presentar una Apelación de nivel 1 para cambiar la fecha de su salida del hospital

Llame a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad de su estado al 1-888-319-8452 y pida otra revisión.

¿Qué sucederá si la respuesta es Sí?

- Debemos reintegrarle nuestra parte de los costos del cuidado de hospital que recibió desde el mediodía de la fecha de decisión de su primera apelación. Debemos seguir proporcionando cobertura por su cuidado en el hospital como paciente interno todo el tiempo que sea médicamente necesario.
- Usted deberá seguir pagando su parte de los costos y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura.



Si tiene preguntas, llame a Neighborhood INTEGRITY al 1-844-812-6896 o al 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m.; y los sábados de 8 a. m. a 12 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

¿Qué sucederá si la respuesta es No?

Significa que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad del Estado está de acuerdo con la decisión de Nivel 1 y no la cambiará. En la carta que reciba se le dirá lo que puede hacer si desea continuar con el proceso de apelación.

Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad rechaza su Apelación de nivel 2, es posible que usted tenga que pagar el costo total de su estadía en el hospital después de la fecha programada para su salida.

• **Sección 7.4: ¿Qué sucederá si pierdo la fecha límite para apelar?**

Si pierde la fecha límite para apelar, hay otra manera de presentar Apelaciones en nivel 1 y nivel 2, llamada Apelaciones alternas. Pero, los dos primeros niveles de apelación son diferentes.

Apelación alterna de nivel 1 para cambiar la fecha de su salida del hospital

Si pierde la fecha límite para contactarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad, puede presentar su apelación ante nosotros y pedir una “revisión rápida”. Una revisión rápida es una apelación que usa las fechas límite rápidas en lugar de las fechas límite estándares.

- Durante esta revisión, analizamos toda la información relacionada con su estadía en el hospital. Revisamos si la decisión sobre cuándo debería salir del hospital fue justa y si cumplió con todas las reglas.
- Usaremos las fechas límite rápidas en lugar de las fechas límite estándares para darle la respuesta de esta revisión. Esto significa que le daremos nuestra decisión dentro de las 72 horas posteriores a su pedido de “revisión rápida”.

En resumen: Cómo presentar una Apelación alternativa de nivel 1

Llame al número de Servicios para miembros y pida una “revisión rápida” de la fecha de su salida del hospital.

Le daremos nuestra decisión en un plazo de 72 horas.

- **Si decimos Sí a su revisión rápida**, significa que estamos de acuerdo con que usted debe seguir en el hospital después de la fecha de salida. Seguiremos cubriendo los servicios del hospital mientras sean médicamente necesarios. También significa que

Si tiene preguntas, llame a Neighborhood INTEGRITY al 1-844-812-6896 o al 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m.; y los sábados de 8 a. m. a 12 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

estamos de acuerdo en devolverle nuestra parte de los costos del cuidado que recibió desde la fecha en que dijimos que terminaría su cobertura.

- **Si decimos No a su solicitud de revisión rápida**, estamos diciendo que su fecha de salida programada era médicamente adecuada. Nuestra cobertura por sus servicios de hospital como paciente interno finaliza el día que dijimos que finalizaría nuestra cobertura.
 - Si permaneció en el hospital después de su fecha programada de salida, es posible que deba pagar el costo total del cuidado del hospital que recibió después de la fecha programada para su salida.
- Enviaremos su apelación a la “Entidad de Revisión Independiente” para verificar que hayamos seguido todas las reglas cuando le dijimos que **No** a su apelación rápida. Cuando hacemos esto, significa que su caso pasará automáticamente al Nivel 2 del proceso de apelaciones.

El término legal para una “revisión rápida” o “apelación rápida” es “apelación expedita”.

Apelación alterna de nivel 2 para cambiar la fecha de su salida del hospital

Enviaremos la información para su Apelación de nivel 2 a la Entidad de Revisión Independiente (IRE) dentro de las 24 horas después de informarle nuestra decisión de Nivel 1. Si usted cree que no estamos cumpliendo esta fecha límite u otras fechas límite, puede presentar una queja. En la Sección 10 de la página 195 se le indica cómo presentar una queja.

Durante la Apelación de Nivel 2, la IRE revisa la decisión que tomamos cuando dijimos **No** a su “revisión rápida”. Esta organización decidirá si debemos cambiar la decisión que tomamos.

- La IRE realiza una “revisión rápida” de su apelación. Los revisores generalmente le darán una respuesta dentro de las 72 horas.
- La IRE es una organización independiente contratada por Medicare. Esta organización no está vinculada con nuestro plan y no es una agencia del gobierno.

En resumen: Cómo presentar una Apelación de nivel 1

Usted no tiene que hacer nada. El plan automáticamente enviará su apelación a la Entidad de Revisión Independiente.



Si tiene preguntas, llame a Neighborhood INTEGRITY al 1-844-812-6896 o al 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m.; y los sábados de 8 a. m. a 12 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

- Los revisores de la IRE analizarán cuidadosamente toda la información relacionada con su apelación sobre la fecha de salida del hospital.
- Si la IRE dice **Sí** a su apelación, debemos reintegrarle nuestra parte de los costos del cuidado de hospital que recibió desde la fecha programada para su salida del hospital. También debemos seguir nuestra cobertura por servicios del hospital todo el tiempo que sea médicamente necesario.
- Si la IRE dice que **No** a su apelación, eso significa que está de acuerdo con nosotros en que la fecha programada para su salida del hospital era médicamente adecuada.
- En la carta que reciba de la IRE se le dirá lo que puede hacer si desea seguir el proceso de revisión. Además, encontrará los detalles sobre cómo presentar una Apelación de nivel 3, la que estará a cargo de un juez.



Si tiene preguntas, llame a Neighborhood INTEGRITY al 1-844-812-6896 o al 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m.; y los sábados de 8 a. m. a 12 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

Sección 8: Qué hacer si cree que sus servicios de cuidado de salud en el hogar, en una institución de enfermería especializada o en una Institución de Rehabilitación Integral para Pacientes Externos (CORF) terminarán demasiado pronto

Esta sección se refiere solo a los siguientes tipos de cuidado:

- Servicios de cuidados de salud en el hogar.
- Cuidados de enfermería especializada en una institución de enfermería especializada.
- Cuidado de rehabilitación que usted está recibiendo como paciente externo en una Institución de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF) aprobada por Medicare. Por lo general, esto significa que usted está recibiendo tratamiento para una enfermedad o accidente, o se está recuperando de una operación importante.
 - Con cualquiera de estos tres tipos de cuidado, usted tiene derecho a seguir recibiendo servicios cubiertos mientras el proveedor diga que los necesita.
 - Cuando decidamos dejar de cubrir cualquiera de estos, debemos avisarle antes de que terminen sus servicios. Cuando termine su cobertura para ese cuidado, dejaremos de pagar por su cuidado.

Si cree que estamos terminando la cobertura de su cuidado demasiado pronto, **puede apelar nuestra decisión**. Esta sección le explica cómo pedir una apelación.

- **Sección 8.1: Le avisaremos por anticipado cuándo terminará su cobertura**

Usted recibirá un aviso por lo menos dos días antes de que dejemos de pagar por su cuidado. Esto se llama “Notificación de no Cobertura de Medicare”.

- El aviso por escrito le dirá la fecha en la que dejaremos de cubrir su cuidado.
- También le dirá cómo apelar esta decisión.

Usted o su representante deberán firmar el aviso escrito para demostrar que lo recibió. Su firma en el aviso no significa que usted está de acuerdo con el plan en que es tiempo de que usted deje de recibir el cuidado.

Cuando termine su cobertura, dejaremos de pagar.



Si tiene preguntas, llame a Neighborhood INTEGRITY al 1-844-812-6896 o al 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m.; y los sábados de 8 a. m. a 12 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

• Sección 8.2: Apelación de nivel 1 para continuar su cuidado

Si cree que estamos terminando la cobertura de su cuidado demasiado pronto, puede apelar nuestra decisión. Esta sección le explica cómo pedir una apelación.

Antes de comenzar a apelar, entienda lo que necesita hacer y cuáles son las fechas límite.

- **Cumpla con las fechas límite.** Las fechas límite son importantes. Asegúrese de entender y cumplir las fechas límite que corresponden a lo que usted debe hacer. También hay fechas límite que nuestro plan debe cumplir. (Si usted cree que no estamos cumpliendo con nuestras fechas límite, puede presentar una queja. En la Sección 10, página 195 le indicamos cómo presentar una queja).
- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, comuníquese con Servicios para Miembros llamando al 1-844-812-6896 (TTY 711). O llame al Programa de Asistencia de Seguro de Salud de su Estado al 1-401-462-4444 (TTY 711).

Durante una Apelación de nivel 1, una Organización para el Mejoramiento de la Calidad revisará su apelación y decidirá si cambia la decisión que hayamos tomado. En Rhode Island, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad se llama KEPRO. Puede comunicarse con KEPRO llamando al: 1-888-319-8452. También encontrará información sobre el proceso de apelación ante la Organización para el Mejoramiento de la Calidad en la Notificación de no Cobertura de Medicare. Esta es la notificación que recibió cuando le informamos que dejaríamos de cubrir sus cuidados.

En resumen: Cómo presentar una Apelación de Nivel 1 para pedir al plan que continúe su cuidado

Llame a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad de su estado al 1-888-319-8452 y pida una “apelación de vía rápida”.

Llame antes de salir de la agencia o institución que está proporcionando su cuidado y antes de la fecha programada para su salida.

¿Qué es una Organización para el Mejoramiento de la Calidad?

Es un grupo de médicos y otros profesionales de cuidado de la salud pagados por el gobierno federal. Estos expertos no son parte de nuestro plan. Medicare les paga para revisar y ayudar a mejorar la calidad del cuidado para las personas con Medicare.



Si tiene preguntas, llame a Neighborhood INTEGRITY al 1-844-812-6896 o al 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m.; y los sábados de 8 a. m. a 12 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

¿Qué debe pedirles?

Pídales una “apelación de vía rápida”. Esta es una revisión independiente para determinar si es médicamente adecuado que suspendamos la cobertura de sus servicios.

¿Cuál es la fecha límite para comunicarse con esta organización?

- Debe comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad a más tardar al mediodía del día siguiente de haber recibido un aviso por escrito diciéndole cuándo dejaremos de cubrir su cuidado.
- Si pierde la fecha límite para comunicarse sobre su apelación con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad, puede presentarnos su apelación directamente a nosotros. En la Sección 8.4, página 189 encontrará más información sobre esta otra forma de presentar su apelación.

El término legal para el aviso escrito es “Notificación de no Cobertura de Medicare”. Para obtener una copia de muestra, llame a Servicios para Miembros al 1-844-812-6896 (TTY 711) o 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. O vea una copia en Internet en <https://www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BN/MAEDNotices.html>.

¿Qué sucede durante la revisión de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad?

- Los revisores de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad le preguntarán a usted o a su representante por qué creen que la cobertura por los servicios debería continuar. Usted no tiene que preparar nada por escrito, pero si quiere, puede hacerlo.
- Cuando presenta una apelación, el plan deberá enviarle una carta a usted y a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad para explicarle por qué deberían terminar los servicios.
- Los revisores examinarán sus expedientes médicos, conversarán con su proveedor y revisarán la información que nuestro plan les ha entregado.
- **Dentro de las veinticuatro horas siguientes después de recibir toda la información que necesitan, los revisores le comunicarán su decisión.** Usted recibirá una carta que le explica la decisión tomada.

Si tiene preguntas, llame a Neighborhood INTEGRITY al 1-844-812-6896 o al 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m.; y los sábados de 8 a. m. a 12 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.



El término legal para la carta que explica por qué deben terminar sus servicios es “Notificación Detallada de no Cobertura”.

¿Qué sucederá si los revisores dicen Sí?

- Si los revisores dicen **Sí** a su apelación, debemos seguir proporcionando sus servicios cubiertos mientras sean médicamente necesarios.

¿Qué sucederá si los revisores dicen No?

- Si los revisores dicen **No** a su apelación, su cobertura terminará en la fecha que le dijimos. Dejaremos de pagar nuestra parte de los costos de este cuidado.
- Si usted decide seguir recibiendo servicios de cuidado de salud en el hogar, en una institución de enfermería especializada o en una Institución de Rehabilitación Integral para Pacientes Externos (CORF) después de la fecha en que termine su cobertura, entonces deberá pagar el costo total por este cuidado.

• Sección 8.3: Apelación de nivel 2 para continuar su cuidado

Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad respondió **No** a su apelación y usted elige seguir recibiendo cuidado después de que termine su cobertura, podrá presentar una Apelación de Nivel 2.

Durante la Apelación de nivel 2, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad volverá a revisar la decisión que tomaron en el Nivel 1. Si están de acuerdo con la decisión de Nivel 1, podría tener que pagar el costo total de sus servicios de cuidado de salud en el hogar, en una institución de enfermería especializada o los servicios recibidos en una Institución de Rehabilitación Integral para Pacientes Externos (CORF) después de la fecha en que dijimos que terminaría su cobertura.



Si tiene preguntas, llame a Neighborhood INTEGRITY al 1-844-812-6896 o al 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m.; y los sábados de 8 a. m. a 12 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

En Rhode Island, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad se llama KEPRO. Puede comunicarse con KEPRO llamando al: 1-888-319-8452. Pida la revisión de Nivel 2 **dentro de los 60 días calendario** a partir del día en que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad respondió **No** a su Apelación de Nivel 1. Usted podrá pedir esta revisión solamente si continuó recibiendo cuidados después de la fecha en que finalizó la cobertura por el cuidado.

- Los revisores de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad analizarán otra vez, cuidadosamente, toda la información relacionada con su apelación.
- La Organización para el Mejoramiento de la Calidad tomará una decisión dentro de los 14 días calendario de recibido su pedido de apelación.

En resumen: Cómo presentar una Apelación de Nivel 1 para pedir al plan la cobertura de servicios por más tiempo

Llame a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad de Rhode Island al 1-888-319-8452 y pida otra revisión.

Llame antes de salir de la agencia o institución que está proporcionando su cuidado y antes de la fecha programada para su salida.

¿Qué sucederá si la organización de revisión dice Sí?

- Debemos devolverle nuestra parte de los costos del cuidado que recibió desde la fecha en que dijimos que terminaría su cobertura. Debemos continuar proporcionando cobertura por el cuidado mientras sea médicamente necesario.

¿Qué sucederá si la organización de revisión dice No?

- Significa que está de acuerdo con la decisión que tomaron en la Apelación de Nivel 1 y no la cambiará.
- En la carta que reciba se le dirá lo que tiene que hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Le dará los detalles sobre cómo continuar con el nivel siguiente de apelación, que estará a cargo de un juez.

Sección 8.4: ¿Qué sucederá si pierde la fecha límite para presentar su Apelación de nivel 1?

Si pierde la fecha límite para apelar, hay otra manera de presentar Apelaciones en nivel 1 y nivel 2, llamada Apelaciones alternas. Pero, los dos primeros niveles de apelación son diferentes.



Si tiene preguntas, llame a Neighborhood INTEGRITY al 1-844-812-6896 o al 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m.; y los sábados de 8 a. m. a 12 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

Apelación alterna de nivel 1 para continuar su cuidado más tiempo

Si pierde la fecha límite para contactarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad, puede presentar su apelación ante nosotros y pedir una “revisión rápida”. Una revisión rápida es una apelación que usa las fechas límite rápidas en lugar de las fechas límite estándares.

- Durante esta revisión, analizamos toda la información relacionada con su cuidado en el hogar, en una institución de enfermería especializada o con los servicios en una Institución de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF). Revisamos si la decisión sobre cuándo deberán terminar sus servicios fue justa y si se siguieron todas las reglas.

En resumen: Cómo presentar una Apelación alternativa de nivel 1

Llame al número de Servicios para miembros y pida una “revisión rápida”.

Le daremos nuestra decisión en un plazo de 72 horas.

- Usaremos las fechas límite rápidas en lugar de las fechas límite estándares para darle la respuesta de esta revisión. Le comunicaremos nuestra decisión dentro de las 72 horas posteriores a su pedido de “revisión rápida”.
- **Si decimos Si** a su revisión rápida, significa que estamos de acuerdo en seguir cubriendo sus servicios mientras sean médicamente necesario. También significa que estamos de acuerdo en devolverle nuestra parte de los costos del cuidado que recibió desde la fecha en que dijimos que terminaría su cobertura.
- **Si decimos No** a su revisión rápida, estamos diciendo que terminar sus servicios fue médicamente adecuado. Nuestra cobertura finaliza el día que dijimos que finalizaría nuestra cobertura.

Si usted continúa recibiendo servicios después del día en que dijimos que terminarían, **es posible que deba pagar el costo total** de los servicios.

Enviaremos su apelación a la “Entidad de Revisión Independiente” para verificar que hayamos seguido todas las reglas cuando le dijimos que **No** a su apelación rápida. Cuando hacemos esto, significa que su caso pasará automáticamente al Nivel 2 del proceso de apelaciones.



Si tiene preguntas, llame a Neighborhood INTEGRITY al 1-844-812-6896 o al 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m.; y los sábados de 8 a. m. a 12 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

El término legal para una “revisión rápida” o “apelación rápida” es “apelación expedita”.

Apelación alterna de nivel 2 para continuar su cuidado más tiempo

Enviaremos la información para su Apelación de nivel 2 a la Entidad de Revisión Independiente (IRE) dentro de las 24 horas después de informarle nuestra decisión de Nivel 1. Si usted cree que no estamos cumpliendo esta fecha límite u otras fechas límite, puede presentar una queja. En la Sección 10 de la página 195 se le indica cómo presentar una queja.

Durante la Apelación de nivel 2, la IRE revisa la decisión que tomamos cuando dijimos **No** a su “revisión rápida”. Esta organización decidirá si debemos cambiar la decisión que tomamos.

En resumen: Cómo presentar una Apelación de Nivel 2 para pedir que el plan continúe sus cuidados

Usted no tiene que hacer nada. El plan automáticamente enviará su apelación a la Entidad de Revisión Independiente.

- La IRE realiza una “revisión rápida” de su apelación. Los revisores generalmente le darán una respuesta dentro de las 72 horas.
- La IRE es una organización independiente contratada por Medicare. Esta organización no está vinculada con nuestro plan y no es una agencia del gobierno.
- Los revisores de la IRE analizarán con cuidado toda la información relacionada con su apelación.
- **Si la IRE dice Sí** a su apelación, debemos devolverle nuestra parte de los costos de su cuidado. También debemos seguir proporcionando nuestra cobertura de sus servicios mientras sean médicamente necesarios.
- **Si la IRE dice que No** a su apelación, eso significa que está de acuerdo con nosotros en que suspender la cobertura de servicios fue médicamente adecuado.

En la carta que reciba de la IRE se le dirá lo que puede hacer si desea seguir el proceso de revisión. Además, le dará los detalles sobre cómo presentar una Apelación de nivel 3, la que estará a cargo de un juez.



Si tiene preguntas, llame a Neighborhood INTEGRITY al 1-844-812-6896 o al 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m.; y los sábados de 8 a. m. a 12 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

Sección 9: Cómo llevar su apelación más allá del Nivel 2

- **Sección 9.1: Pasos siguientes para servicios y artículos de Medicare**

Si hizo una Apelación de nivel 1 y una Apelación de nivel 2 por servicios o artículos de Medicare, y ambas apelaciones resultaron rechazadas, es posible que tenga derecho a otros niveles de apelación. En la carta que reciba de la Entidad de Revisión Independiente se le dirá lo que tiene que hacer si desea continuar el proceso de apelaciones.

El Nivel 3 del proceso de apelaciones es una audiencia con un Juez de Derecho Administrativo (ALJ). La persona que toma la decisión en una apelación de Nivel 3 es un ALJ o un juez adjudicador. Si usted quiere que un ALJ o juez adjudicador revise su caso, el artículo o servicio médico que está solicitando debe alcanzar 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 suficientemente alto, usted puede pedir que un ALJ o juez adjudicador revisen su apelación.

Si usted no está de acuerdo con la decisión del ALJ o del juez adjudicador, puede recurrir al Consejo de Apelaciones de Medicare. Después de ese paso, es posible que tenga derecho a pedir que un tribunal federal examine su apelación.

Si necesita ayuda en cualquier momento durante el proceso de apelaciones, puede comunicarse con el Defensor de Cuidado de Salud RIPIN. El número de teléfono es 1-855-747-3224.

- **Sección 9.2: Pasos siguientes para los servicios y artículos de Medicaid**

También tiene más derechos de apelación si su apelación está relacionada con servicios, artículos o medicamentos que podrían estar cubiertos por Medicaid. Si la oficina de Audiencias Imparciales del Estado de EOHHS o la Organización de Revisión Externa de Rhode Island dicen que no a toda o parte de su Apelación de nivel 2, para un servicio, artículo o medicamento de Medicaid, puede presentar una Apelación de nivel 3. Le enviaremos una carta que le indicará cómo hacer esto. El Nivel 3 del proceso de apelaciones para un servicio, artículo o medicamento de Medicaid transcurre en un tribunal estatal.

Para saber cómo recurrir al siguiente nivel de apelación, llámenos al 1-844-812-6896 y 711. También puede para obtener ayuda del Defensor del Cuidado de Salud RIPIN. El número de teléfono es 1-855-747-3224.



Si tiene preguntas, llame a Neighborhood INTEGRITY al 1-844-812-6896 o al 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m.; y los sábados de 8 a. m. a 12 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.



Si tiene preguntas, llame a Neighborhood INTEGRITY al 1-844-812-6896 o al 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m.; y los sábados de 8 a. m. a 12 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

Sección 10: Cómo presentar una queja

¿Qué tipos de problemas deberían causar una queja?

El proceso de quejas se usa solo para algunos tipos de problemas, como problemas relacionados con la calidad del cuidado, los tiempos de espera y los servicios al cliente. Estos son algunos ejemplos de tipos de problemas que se resuelven por el proceso de quejas.

Quejas sobre la calidad

- Usted no está contento con la calidad del cuidado, como el cuidado que recibió en el hospital.

Quejas sobre la privacidad

- Usted cree que alguien no respetó su derecho de privacidad o compartió información sobre usted que es confidencial.

Quejas sobre mal servicio al cliente

- Un proveedor de cuidados de salud o miembro del personal fue rudo o le faltó el respeto.

- Algún miembro del personal de Neighborhood INTEGRITY lo trató mal.
- Cree que lo están presionando para que se vaya del plan.

Quejas sobre la accesibilidad física

- No puede acceder físicamente a los servicios de cuidados de salud y a las instalaciones del consultorio de un médico u otro proveedor.
- Su proveedor no le ofrece adaptaciones razonables necesarias para usted, como un intérprete de idiomas de señas estadounidense.

En resumen: Cómo presentar una queja

Usted puede presentar una queja interna ante nuestro plan y/o una queja externa ante una organización que no esté vinculada con nuestro plan.

Para presentar una queja interna, comuníquese con

Servicios para Miembros o envíenos una carta. Hay diferentes organizaciones que manejan las quejas externas. En la Sección 10.2, página 196 encontrará más información.



Si tiene preguntas, llame a Neighborhood INTEGRITY al 1-844-812-6896 o al 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m.; y los sábados de 8 a. m. a 12 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

Quejas sobre los tiempos de espera

- Tiene problemas para concertar una cita o esperó demasiado tiempo para obtenerla.
- Los médicos, farmacéuticos u otros profesionales de salud o el personal de Servicios para miembros u otros empleados del plan lo han hecho esperar demasiado tiempo.

Quejas sobre la limpieza

- Le parece que la clínica, el hospital o el consultorio del médico no están limpios.

Quejas sobre el acceso lingüístico

- Su médico o proveedor no le proporcionan los servicios de un intérprete durante su cita.

Quejas sobre las comunicaciones que recibe de nosotros

- Le parece que no le dimos un aviso o carta que debió haber recibido.
- Le parece que la información escrita que le enviamos es muy difícil de entender.

Quejas sobre la puntualidad de nuestras acciones relacionadas con decisiones de cobertura o apelaciones

- Usted cree que no estamos cumpliendo con nuestras fechas límite para tomar una decisión sobre cobertura o para responder a su apelación.
- Cree que después de obtener una decisión sobre cobertura o apelación a su favor, no estamos cumpliendo con las fechas límite para aprobar o darle el servicio o devolverle el pago de ciertos servicios médicos.
- Cree que no enviamos su caso a tiempo a la Entidad de Revisión Independiente.

El término legal para una “queja” es “reclamo”.

El término legal para “presentar una queja” es “interponer un reclamo”.

¿Hay tipos diferentes de quejas?

Sí. Usted puede presentar una queja interna y/o una queja externa. Una queja interna se presenta ante el plan y el plan la revisa. Una queja externa se presenta ante una organización que no está vinculada con nuestro plan y esa organización la revisa. Si necesita ayuda para presentar una queja interna y/o externa, puede llamar al Defensor de Cuidado de Salud RIPIN al 1-855-747-3224.

Si tiene preguntas, llame a Neighborhood INTEGRITY al 1-844-812-6896 o al 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m.; y los sábados de 8 a. m. a 12 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

• Sección 10.1: Quejas internas

Para presentar una queja interna, comuníquese con Servicios para Miembros llamando al 1-844-812-6896 (TTY 711). Puede presentar una queja en cualquier momento salvo que esté relacionada con un medicamento de la Parte D. Si la queja está relacionada con un medicamento de la Parte D, debe presentarla **dentro de los 60 días calendario** de sucedido el problema por el cual quiere presentar la queja.

- Si hay alguna otra cosa que deba hacer, Servicios para miembros le informará.
- También puede presentar su queja en forma escrita. Si presenta su queja por escrito, le responderemos por escrito.
- También puede presentar una “queja rápida” llamando a Servicios para Miembros al 1-844-812-6896 (TTY 711). Consulte la siguiente información sobre sus derechos para quejas rápidas.

El término legal para una “queja rápida” es “reclamación acelerada”.

Si es posible, le responderemos inmediatamente. Si nos llama para presentar una queja, es posible que podamos darle una respuesta en la misma llamada. Le daremos nuestra respuesta rápidamente si así lo exige su estado de salud.

- Respondemos la mayoría de las quejas dentro de los 30 días calendario. Si necesitamos información y la demora obedece a tratar de ayudarlo, o si nos pide más tiempo, podemos tardar hasta 14 días calendario más (44 días calendario en total) para responder su queja. Le informaremos por escrito por qué necesitamos más tiempo.
- Si está presentando una queja porque le denegamos su pedido de una “decisión sobre cobertura rápida” o una “apelación rápida”, automáticamente la trataremos como “queja rápida” y la responderemos dentro de las 24 horas.
- Si está presentando una queja porque nos tomamos tiempo adicional para tomar una decisión sobre cobertura o una apelación, automáticamente la trataremos como “queja rápida” y la responderemos dentro de las 24 horas.

Si no estamos de acuerdo con parte o con la totalidad de su queja, **le informaremos** y le explicaremos nuestros motivos. Le responderemos, ya sea que estemos de acuerdo con la queja o no.

Si tiene preguntas, llame a Neighborhood INTEGRITY al 1-844-812-6896 o al 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m.; y los sábados de 8 a. m. a 12 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

• Sección 10.2: Quejas externas

Usted puede enviar su queja a Medicare

Usted puede enviar su queja a Medicare. El Formulario para Presentar Quejas a Medicare está disponible en: <https://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx>.

Medicare toma muy seriamente sus quejas y usará esta información para ayudar a mejorar la calidad del programa Medicare.

Si tiene más comentarios o inquietudes, o si cree que el plan no está solucionando 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.

Usted puede hablar sobre su queja al Departamento de Salud de Rhode Island o a la Oficina del Comisionado de Seguros de Salud de Rhode Island.

Usted 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 lo han tratado en forma justa. Por ejemplo, puede presentar una queja relacionada con 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> si desea más información.

También se puede comunicar con las siguientes oficinas 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.
- Funcionario de enlace de Relaciones con la comunidad 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 711.
- Oficina de Derechos Civiles (OCR) de la Región de Nueva Inglaterra al 1-800-368-1019. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-537-7697.



Si tiene preguntas, llame a Neighborhood INTEGRITY al 1-844-812-6896 o al 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m.; y los sábados de 8 a. m. a 12 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

Usted también puede tener derechos en virtud de la Ley de estadounidenses con discapacidades. Puede comunicarse con el Defensor del Cuidado de Salud RIPIN para obtener ayuda. El número de teléfono es 1-855-747-3224.

Puede presentar una queja ante la Organización para el Mejoramiento de la Calidad

Si su queja es sobre la calidad del cuidado, también tiene dos opciones:

- Si prefiere, puede presentar su queja sobre la calidad del cuidado directamente ante la Organización para el Mejoramiento de la Calidad (sin presentarnos la queja a nosotros).
- O puede presentarnos la queja a nosotros y a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad. Si presenta una queja ante esta organización, trabajaremos con ellos para resolver su queja.

La Organización para el Mejoramiento de la Calidad es un grupo de médicos y otros profesionales de cuidado de salud que ejercen la práctica activa de su profesión, pagados por el gobierno federal, para revisar y mejorar el cuidado de salud que reciben los pacientes de Medicare. Para obtener más información sobre la Organización para el Mejoramiento de la Calidad, consulte el Capítulo 2, Sección F.

En Rhode Island, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad se llama KEPRO. El número de teléfono de KEPRO es 1-888-319-8452.



Si tiene preguntas, llame a Neighborhood INTEGRITY al 1-844-812-6896 o al 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m.; y los sábados de 8 a. m. a 12 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

Capítulo 10: Cómo terminar su participación en nuestro Plan de Medicare-Medicaid

Introducción

Este capítulo le informa cuándo y cómo puede terminar su participación en nuestro plan y cuáles son sus opciones de cobertura de salud después de dejar nuestro plan. Si deja nuestro plan, usted seguirá participando en los programas Medicare y Medicaid siempre que sea elegible. Las palabras importantes y sus definiciones se encuentran en orden alfabético en el último capítulo del *Manual del miembro*.

Índice

A. Cuándo puede terminar su participación en nuestro Plan de Medicare-Medicaid	203
B. Cómo terminar su participación en nuestro plan	203
C. Cómo obtener servicios de Medicare y Medicaid por separado	204
C1. Formas de obtener servicios de Medicare	204
C2. Cómo obtener sus servicios de Medicaid	206
D. Seguir recibiendo servicios médicos y medicamentos a través de nuestro plan hasta que termine su participación.....	206
E. Otras situaciones en las que finaliza su participación	206
F. Reglas en contra de pedirle que abandone nuestro plan por cualquier motivo relacionado con la salud	207
G. Su derecho a presentar una queja si nosotros terminamos su participación en nuestro plan.....	208
H. Cómo obtener más información relacionada con la terminación de su participación en el plan	208



Si tiene preguntas, llame a Neighborhood INTEGRITY al 1-844-812-6896 o al 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m.; y los sábados de 8 a. m. a 12 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

A. Cuándo puede terminar su participación en nuestro Plan de Medicare-Medicaid

Usted puede terminar su participación en Neighborhood INTEGRITY (Plan de Medicare-Medicaid) en cualquier momento durante el año al inscribirse en otro Plan Medicare Advantage o al cambiarse a Original Medicare.

Su participación finalizará el último día del mes en que recibamos su solicitud de cambio de plan. Por ejemplo, si recibimos su pedido el 18 de enero, su cobertura con nuestro plan finalizará 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 sus:

- Opciones de Medicare en el cuadro de la página 200.
- Servicios de Medicaid en la página 203.

Usted puede obtener más información sobre cuándo puede terminar su participación llamando a:

- La Línea de Inscripción al Plan de Medicare-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 de Asistencia del Seguro de Salud del Estado (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 del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

NOTA: Si usted está en un programa de administración de medicamentos, es posible que no pueda inscribirse en un plan diferente. Consulte el Capítulo 5, Sección G, para obtener información sobre los programas de administración de medicamentos.

B. Cómo terminar su participación en nuestro plan

Si decide cancelar su inscripción, informe a Medicaid o a Medicare que quiere dejar el plan Neighborhood INTEGRITY:

- Llame a la Línea de Inscripción en el Plan de Medicare-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



Si tiene preguntas, llame a Neighborhood INTEGRITY al 1-844-812-6896 o al 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m.; y los sábados de 8 a. m. a 12 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

- Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY (personas con dificultades para oír o hablar) deben llamar al 1-877-486-2048. Cuando llame al 1-800-MEDICARE, también podrá inscribirse en otro plan de salud o de medicamentos de Medicare. Puede encontrar más información sobre cómo obtener los servicios de Medicare cuando abandona nuestro plan en el cuadro de la página 200.

C. Cómo obtener servicios de Medicare y Medicaid por separado

Si deja Neighborhood INTEGRITY, volverá a recibir los servicios de Medicare y Medicaid en forma separada.

C1. Formas de obtener servicios de Medicare

Usted podrá elegir cómo recibir sus beneficios de Medicare.

Tiene tres opciones para obtener sus servicios de Medicare. Al elegir una de estas opciones, terminará automáticamente su participación en nuestro plan.

1. Usted puede cambiar a: Un plan de salud de Medicare, como un plan Medicare Advantage o Programa de cobertura total de salud para personas de la tercera edad (Programs of All-inclusive Care for the Elderly, PACE)	Esto es lo que debe hacer: Comuníquese con Medicare llamando al 1-800-MEDICARE (1-800- 633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048 para inscribirse en el nuevo plan de salud solo de Medicare. Si necesita ayuda o más información: • Llame a The POINT al 1-401-462-4444. Los usuarios de TTY deben llamar al 711. Ellos pueden remitirlo al asesor del Programa de Seguros de Salud del Estado (SHIP). Se cancelará automáticamente su inscripción a Neighborhood INTEGRITY cuando comience la cobertura de su nuevo plan.
--	---

Si tiene preguntas, llame a Neighborhood INTEGRITY al 1-844-812-6896 o al 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m.; y los sábados de 8 a. m. a 12 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.



2. Usted puede cambiar a: Medicare Original con un plan de medicamentos de receta de Medicare por separado	Esto es lo que debe hacer: Comuníquese con Medicare llamando al 1-800-MEDICARE (1-800- 633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Si necesita ayuda o más información: • Llame a The POINT al 1-401-462-4444. Los usuarios de TTY deben llamar. Ellos pueden remitirlo al asesor del Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP). Su inscripción en Neighborhood INTEGRITY se cancelará automáticamente cuando comience la cobertura de Original Medicare.
3. Usted puede cambiar a: Medicare Original sin un plan de medicamentos de receta de Medicare por separado NOTA: Si cambia a Medicare Original y no se inscribe en un plan de medicamentos de receta de Medicare por separado, Medicare podría inscribirlo en un plan de medicamentos, salvo que le informe a Medicare que no desea inscribirse. Usted debe abandonar la cobertura de medicamentos de receta solamente si obtiene cobertura de medicamentos por parte de otra fuente, por ejemplo, un empleador o sindicato. Si tiene preguntas sobre su necesidad de	Esto es lo que debe hacer: Comuníquese con Medicare llamando al 1-800-MEDICARE (1-800- 633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Si necesita ayuda o más información: • Llame a The POINT al 1-401-462-4444. Los usuarios de TTY deben llamar al 711. Ellos pueden remitirlo al asesor del Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP). Su inscripción en Neighborhood INTEGRITY se cancelará automáticamente



Si tiene preguntas, llame a Neighborhood INTEGRITY al 1-844-812-6896 o al 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m.; y los sábados de 8 a. m. a 12 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

cobertura de medicamentos, llame a The POINT al 1-401-462-4444. Ellos pueden remitirlo al asesor del Programa de Seguros de Salud del Estado (SHIP).	cuando comience la cobertura de Original Medicare.
--	--

C2. Cómo obtener sus servicios de Medicaid

Si abandona el plan Medicare-Medicaid, usted recibirá sus servicios de Medicaid directamente a través de Rhode Island Medicaid bajo la modalidad de Pago por Servicio (Fee for Service, FFS).

Sus servicios de Medicaid incluyen la mayoría de los servicios y respaldos a largo plazo (LTSS) y los servicios de cuidado de salud del comportamiento.

D. Seguir recibiendo servicios médicos y medicamentos a través de nuestro plan hasta que termine su participación

Si usted deja Neighborhood INTEGRITY, podría pasar algún tiempo antes de que termine su participación y comience su cobertura nueva a través de Medicare y Medicaid. Consulte la página 201 para obtener más información. Durante este tiempo, usted seguirá recibiendo cuidado de salud y medicamentos a través de nuestro plan.

- **Usted deberá usar las farmacias de nuestra red para surtir sus recetas.** Por lo general, sus medicamentos de receta están cubiertos solamente si los surte en una farmacia de la red, incluso nuestros servicios de farmacia para pedidos por correo.
- Si usted está hospitalizado el día en que termine su participación, por lo general, su estadía en el hospital estará cubierta por nuestro plan hasta que le den el alta. Esto será así incluso si su cobertura nueva comienza antes de que le den el alta.

E. Otras situaciones en las que finaliza su participación

Estos son los casos en los que Neighborhood INTEGRITY deberá terminar su participación en el plan:

- Si hay una interrupción en su cobertura de Medicare Parte A y Parte B.
- Si usted ya no califica para Medicaid. Nuestro plan es para personas que califican para ambos beneficios, Medicare y Medicaid.
- Si se muda fuera de nuestra área de servicios.



Si tiene preguntas, llame a Neighborhood INTEGRITY al 1-844-812-6896 o al 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m.; y los sábados de 8 a. m. a 12 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

- Si está fuera de nuestra área de servicios durante más de seis meses.
 - Si se muda o realiza un viaje prolongado, usted debe llamar a Servicios para Miembros para averiguar si el lugar al que se muda o viaja está en el área de servicios de nuestro plan.
- Si va a la cárcel o prisión por un delito penal.
- Si miente o retiene información sobre otro seguro que tenga para los medicamentos de receta.
- Si no es ciudadano de Estados Unidos o no está legalmente presente en los Estados Unidos.

Usted debe ser ciudadano de Estados Unidos o estar presente legalmente en los Estados Unidos para ser miembro de nuestro plan. Los Centros para Servicios de Medicare y Medicaid nos informarán si usted no es elegible para pertenecer a nuestro plan. Si usted no cumple con este requisito, debemos cancelar su participación en el plan.

Podemos cancelar su participación en el plan por las siguientes razones sólo si primero obtenemos autorización de Medicare y Medicaid:

- Si usted continuamente se comporta de una manera perjudicial y nos dificulta proporcionarle cuidado médico a usted y a otros miembros del plan.
- Si deja que alguna otra persona utilice su tarjeta de identificación de miembro para recibir cuidado de salud.
 - Si terminamos su participación por este motivo, Medicare podría pedir que el Inspector General investigue su caso.

F. Reglas en contra de pedirle que abandone nuestro plan por cualquier motivo relacionado con la salud

Si le parece que se le ha pedido que deje nuestro plan por un motivo relacionado con su salud, debe llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar las 24 horas del día, los 7 días de la semana. También debería llamar a Medicaid. Comuníquese con la Línea de Inscripción en el Plan de Medicare-Medicaid llamando 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.



Si tiene preguntas, llame a Neighborhood INTEGRITY al 1-844-812-6896 o al 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m.; y los sábados de 8 a. m. a 12 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

G. Su derecho a presentar una queja si nosotros terminamos su participación en nuestro plan

Si terminamos su participación en nuestro plan, debemos darle nuestras razones por escrito para hacerlo. También debemos explicarle cómo puede presentar una queja o hacer un reclamo relacionado con nuestra decisión de cancelar su participación. Para obtener información sobre cómo presentar una queja, consulte el Capítulo 9, Sección 10.

H. Cómo obtener más información relacionada con la terminación de su participación en el plan

Si tiene preguntas o desea recibir más información sobre cuándo podemos terminar su participación, comuníquese con Servicios para Miembros llamando al 1-844-812-6896 (TTY 711).



Si tiene preguntas, llame a Neighborhood INTEGRITY al 1-844-812-6896 o al 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m.; y los sábados de 8 a. m. a 12 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

Capítulo 11: Avisos legales

Introducción

Este capítulo incluye avisos legales que se aplican a su membresía en Neighborhood INTEGRITY. Las palabras importantes y sus definiciones se encuentran en orden alfabético en el último capítulo del *Manual del miembro*.

Índice

A. Aviso sobre leyes	210
B. Aviso sobre no discriminación.....	210
C. Aviso sobre Medicare como pagador secundario	212
D. Aviso sobre el Programa de Mejora de la Calidad de Neighborhood INTEGRITY	212



Si tiene preguntas, llame a Neighborhood INTEGRITY al 1-844-812-6896 o al 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m.; y los sábados de 8 a. m. a 12 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

A. Aviso sobre leyes

Hay muchas leyes que se aplican a este *Manual del miembro*. Estas leyes podrían afectar sus derechos y responsabilidades, incluso si las leyes no están incluidas o explicadas en este manual. Las leyes principales que se aplican a este manual son leyes federales que rigen sobre los programas de Medicare y Medicaid. Es posible que también se apliquen otras leyes federales y estatales.

B. Aviso sobre no discriminación

Toda empresa o agencia que trabaje con Medicare y Medicaid debe obedecer las leyes que lo protegen contra la discriminación o el trato injusto. Es nuestra responsabilidad tratarlo con dignidad y respeto en todo momento. No lo discriminamos ni lo tratamos de manera diferente por su edad, experiencia con reclamos, color, etnia, prueba de asegurabilidad, género, información genética, ubicación geográfica dentro del área de servicio, situación de salud, historial médico, discapacidad física o mental, origen nacional, raza, religión o sexo. Además, no se le puede tratar de manera diferente por sus apelaciones de cuidados de salud, comportamiento, identidad sexual, expresión sexual, capacidad mental, recibo de cuidados de salud, orientación sexual o uso de los servicios de cuidados de salud.

Si desea más información, o podría tener una inquietud por discriminación o por haber recibido un trato injusto:

- Llame a la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1-800-368-1019. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-800-537-7697. Para obtener más información puede visitar <http://www.hhs.gov/ocr>
- 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.
 - Funcionario de enlace de Relaciones con la comunidad 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 711.

Si tiene una discapacidad y necesita ayuda para recibir servicios de cuidados de salud o comunicarse con un proveedor, llame a Servicios para Miembros. Si tiene alguna queja, por ejemplo, un problema para el acceso con silla de ruedas, llame a Servicios para miembros para recibir ayuda.

Si tiene preguntas, llame a Neighborhood INTEGRITY al 1-844-812-6896 o al 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m.; y los sábados de 8 a. m. a 12 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.



Neighborhood Health Plan of Rhode Island:

- Proporciona ayuda y servicios a las personas con discapacidad para que se comuniquen con nosotros de manera efectiva, sin ningún costo, tales como:
 - Intérpretes calificados de idioma de señas
 - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formato electrónico accesible, otros formatos)
- Ofrece servicios de idiomas para las personas cuyo idioma principal no es el inglés, sin ningún costo, tales como:
 - Intérpretes calificados
 - Información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, comuníquese con Servicios para Miembros al 1-844-812-6896 (TTY 711), de lunes a viernes de 8 a. m. a 8 p. m. y los sábados de 8 a. m. a 12 p. m. Es posible que los sábados por la tarde, los domingos y los feriados, se le solicite que deje un mensaje. Se responderá a su llamada al siguiente día hábil. La llamada es gratuita.

Si cree que Neighborhood Health Plan of Rhode Island no ha cumplido con la prestación de estos servicios o discriminó de alguna manera por motivos de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja en persona o por el teléfono, correo, fax o correo electrónico que se presentan a continuación.

Teléfono: 1-844-812-6896 (TTY 711), de lunes a viernes de 8 a. m. a 8 p. m. y los sábados de 8 a. m. a 12 p. m.

Por correo postal o en persona:

Neighborhood Health Plan of Rhode Island
Attn: Grievance and Appeals Coordinator
910 Douglas Pike
Smithfield, RI 02917

Fax: 1-401-709-7005

Correo electrónico: GAUMailbox@nhpri.org

Si necesita ayuda para presentar su reclamo, puede obtenerla a través del Coordinador de Reclamos y apelaciones de Neighborhood.



Si tiene preguntas, llame a Neighborhood INTEGRITY al 1-844-812-6896 o al 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m.; y los sábados de 8 a. m. a 12 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

También puede presentar una queja de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos, en forma electrónica a través del portal de quejas de la Oficina de Derechos Civiles (Civil Rights Complaint Portal), disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por correo o los teléfonos enumerados a continuación.

Correo postal:

U.S. Department of Health and Human Services

200 Independence

Avenue SW., Room

509F, HHH Building

Washington, DC 20201

Teléfono: 1-800-368-1019 (TTY 1-800-537-7697).

Puede obtener los formularios de quejas en <https://www.hhs.gov/ocr/complaints/index.html>

C. Aviso sobre Medicare como pagador secundario

A veces, alguna otra persona tiene que pagar primero por los servicios que le proporcionamos. Por ejemplo, si usted tiene un accidente de automóvil o si se lesiona en el trabajo, el seguro o la Compensación laboral tiene que pagar primero.

Tenemos el derecho y la responsabilidad de cobrar por los servicios cubiertos de Medicare por los que Medicare no es el pagador primario.

D. Aviso sobre el Programa de Mejora de la Calidad de Neighborhood INTEGRITY

Queremos estar seguros de que tenga acceso a cuidados de salud de alta calidad. Nuestro programa de Mejoramiento de la calidad verifica importantes aspectos de la atención de su salud. Verificamos la calidad de la atención y los servicios de salud que recibe. Estamos trabajando permanentemente para mejorar la calidad. Les enviamos recordatorios a nuestros miembros y proveedores sobre vacunas contra la gripe, visitas al médico, toma de sus medicamentos, salud alimentaria, así como información específica para afecciones como el asma, la diabetes y la insuficiencia cardíaca.



Si tiene preguntas, llame a Neighborhood INTEGRITY al 1-844-812-6896 o al 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m.; y los sábados de 8 a. m. a 12 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

Queremos estar seguros de que tenga:

- Acceso fácil a cuidados de calidad de salud física y del comportamiento
- Programas de cuidados preventivos que satisfagan sus necesidades
- Ayuda con las enfermedades crónicas que tenga
- Asistencia cuando más la necesita, por ejemplo, después de visitas al hospital o cuando esté enfermo
- Alta satisfacción con sus proveedores y con el plan de salud

Una de las formas de medir nuestro desempeño es a través de las mediciones de HEDIS®. HEDIS significa Conjunto de Información y Datos de Eficiencia en Atención de la Salud. Los datos de HEDIS nos ayudan a controlar aspectos como la frecuencia con la que nuestros afiliados consultan a su proveedor de atención primaria, toman su medicación para el asma o se realizan los importantes controles de detección precoz.

Además, nos reunimos con miembros y proveedores para obtener sugerencias para actividades de mejora de la calidad que aborden las inquietudes de los miembros. Nuestro Programa de Mejoramiento de la Calidad y actividades son revisados por el Comité de Asuntos Clínicos de Neighborhood y se presentan a la Junta de Directores de Neighborhood.



Si tiene preguntas, llame a Neighborhood INTEGRITY al 1-844-812-6896 o al 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m.; y los sábados de 8 a. m. a 12 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

Capítulo 12: Definiciones de palabras importantes

Introducción

Este capítulo incluye términos clave utilizados en todo el *Manual del Miembro* 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.



Si tiene preguntas, llame a Neighborhood INTEGRITY al 1-844-812-6896 o al 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m.; y los sábados de 8 a. m. a 12 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

Actividades de la vida cotidiana: Lo que hace la gente en un día normal, como comer, ir al baño, vestirse, bañarse o cepillarse los dientes.

Administrador de atención de salud: Es la persona más importante que trabaja con usted, con el plan de salud y con sus proveedores de salud con el fin de que usted reciba el cuidado de salud que necesita.

Agencia de Medicaid del Estado: Consulte “Oficina Ejecutiva de Salud y Servicios Humanos de Rhode Island”.

Apelación: Una manera formal de cuestionar nuestra decisión si le parece que hemos cometido un error. Puede presentar una apelación para pedirnos que cambiemos una decisión sobre cobertura. En el Capítulo 9, Sección 4, se explican las apelaciones, incluso cómo presentarlas.

Área de servicio: Área geográfica en la que un plan de salud acepta miembros si el plan limita la participación dependiendo de donde dónde viven las personas. Para los planes que limitan qué proveedores y hospitales usted puede usar, también es, por lo general, el área donde puede obtener servicios de rutina (no 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 tener Neighborhood INTEGRITY. Si usted se muda fuera de Rhode Island no podrá continuar en este plan.

Asistente de salud en el hogar: Persona que proporciona servicios que no requieren de la capacitación de una enfermera o terapeuta con licencia, como ayuda con el cuidado personal (por ejemplo, bañarse, ir al baño, vestirse o realizar los ejercicios indicados). Los asistentes de salud en el hogar no tienen licencia de enfermería ni proporcionan tratamiento.

Atención necesaria de urgencia: Cuidado que obtiene por una enfermedad, lesión o afección repentina, que no es una emergencia pero requiere atención inmediata. Puede obtener cuidado necesario de urgencia a través de proveedores fuera de la red cuando los proveedores de la red no estén disponibles o no puede llegar a ellos.

Audiencia imparcial: Oportunidad para que usted describa su problema en un tribunal o en la Oficina de Audiencias Imparciales y demuestre que una decisión que tomamos está equivocada.

Autorización previa: Debe obtener una autorización de Neighborhood INTEGRITY antes de que pueda recibir un servicio o medicamento específico, o consultar a un proveedor fuera de la red. Neighborhood INTEGRITY podría no cubrir el servicio o el medicamento si usted no obtiene autorización.



Si tiene preguntas, llame a Neighborhood INTEGRITY al 1-844-812-6896 o al 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m.; y los sábados de 8 a. m. a 12 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

Algunos de los servicios 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 del Capítulo 4, Sección D.

Algunos medicamentos están cubiertos solamente si obtiene nuestra autorización previa.

- 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 que reduzcan los costos de medicamentos recetados de Medicare Parte D, tales como primas, deducibles y copagos. La Ayuda adicional también se llama “Subsidio por bajos ingresos” o “LIS.”

Cancelación de inscripción: El proceso de terminar su participación en nuestro plan. La cancelación de inscripción puede ser voluntaria (por decisión propia) o involuntaria (sin que usted lo decida).

Centro de cirugía ambulatoria: Una institución que ofrece cirugía ambulatoria a pacientes que no necesitan cuidado de hospital y que no se espera que necesiten más de 24 horas de cuidado en la institución.

Centros para servicios de Medicare y Medicaid (CMS): La agencia federal a cargo de Medicare. En el Capítulo 2, Sección G, se explica cómo comunicarse con CMS.

Cuidados de emergencia: Servicios cubiertos necesarios para tratar una emergencia médica prestados por un proveedor capacitado para tratar una emergencia.

Cuidados de institución de enfermería especializada (SNF): Cuidados y rehabilitación de enfermería especializada que se proporcionan de manera continua, a diario, en una institución de enfermería especializada. Ejemplos de cuidados de institución de enfermería especializada: terapia física o inyecciones intravenosas (IV) que puede aplicar una enfermera registrada o un médico.

Decisión sobre cobertura: Una decisión sobre cuáles beneficios cubrimos. Incluye decisiones relacionadas con medicamentos y servicios cubiertos, y la cantidad que pagaremos por sus servicios de salud. En el Capítulo 9, Sección 4, se explica cómo pedirle al plan que tome una decisión sobre cobertura.



Si tiene preguntas, llame a Neighborhood INTEGRITY al 1-844-812-6896 o al 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m.; y los sábados de 8 a. m. a 12 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

Defensoría: Una oficina en su estado que trabaja como defensor en su nombre. Pueden responder sus preguntas si usted tiene un problema o queja, y pueden ayudarle a entender qué hacer. Los servicios del defensor son gratuitos. Puede encontrar más información sobre las defensorías en los Capítulos 2 y 9 de este manual.

Determinación de la organización: El plan tomó una determinación de la organización cuando el plan, o alguno de sus proveedores, toma una decisión en relación a la cobertura de servicios o cuánto usted tiene que pagar por los servicios cubiertos. En este manual, las determinaciones de la organización se denominan “decisiones sobre cobertura”. En el Capítulo 9, Sección 4, se explica cómo pedirle al plan que tome una decisión sobre cobertura.

Emergencias: Una emergencia médica se produce cuando usted o cualquier persona con un conocimiento promedio de salud y medicina, pensaría que usted tiene síntomas médicos que necesitan cuidado médico inmediato para evitar la muerte, la pérdida de parte del cuerpo o pérdida de la función de una parte del cuerpo. Los síntomas médicos pueden ser una lesión grave o dolor agudo.

Equipo de cuidados: Un equipo de cuidados puede incluir médicos, enfermeras, consejeros u otros profesionales de la salud, que le ayudarán a obtener el cuidado que necesita. Su equipo de cuidado de salud le ayudará a preparar un plan de cuidado.

Equipo médico duradero (DME): Ciertos artículos pedidos por un médico para que usted use en su propia casa. Ejemplos de estos elementos son sillas de ruedas, muletas, sistemas de camas eléctricas, suministros para diabéticos, camas de hospital pedidas por un proveedor para usar en el hogar, bombas de infusión intravenosa, dispositivos de generación de voz, equipos y suministros de oxígeno, nebulizadores y andadores.

Especialista: Proveedor que proporciona cuidado de salud para una enfermedad o una parte específica del cuerpo.

Evaluación: Una revisión del historial de cuidados de salud del paciente y su condición actual. Se usa para determinar el estado de salud del paciente y los cambios que podría tener en el futuro.

Excepción: Permiso para recibir cobertura para un medicamento que normalmente no está cubierto o para usar un medicamento sin ciertas reglas y limitaciones.

Facturación del saldo: Consulte “Facturación incorrecta/inadecuada”.

Facturación incorrecta/inadecuada: Situación en la que un proveedor como un médico u hospital) le factura más que el monto de costo compartido del plan por sus servicios. Muestre su tarjeta de identificación de miembro de Neighborhood INTEGRITY cuando reciba servicios o



Si tiene preguntas, llame a Neighborhood INTEGRITY al 1-844-812-6896 o al 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m.; y los sábados de 8 a. m. a 12 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

medicamentos. Llame a Servicios para miembros si recibe facturas que no comprende. Como Neighborhood INTEGRITY paga el costo completo de sus servicios, usted no debe ningún costo compartido. Los proveedores no deberían cobrarle nada por estos servicios.

Farmacia de la red: Farmacia que ha aceptado 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 medicamentos de receta están cubiertos solamente si los surte en una farmacia de la red.

Farmacia fuera de la red: 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 de farmacias fuera de la red no están cubiertos por nuestro plan, salvo que se apliquen ciertas condiciones.

Formulario: Ver “Lista de medicamentos cubiertos”

Hogar para personas de la tercera edad o institución de enfermería: Lugar que ofrece cuidados a personas que no pueden recibirlos en el hogar pero que no necesitan estar en el hospital.

Hospicio o paliativo: Programa de cuidados y respaldo para ayudar a las personas con pronóstico médico terminal a vivir confortablemente. Un pronóstico médico terminal significa que la persona tiene una enfermedad terminal y se espera que tenga seis meses o menos de vida.

- Un miembro que tenga un pronóstico médico terminal tiene derecho a elegir servicios de hospicio.
- Un equipo de profesionales y cuidadores con capacitación especial ofrece atención integral para la persona, que incluye cubrir las necesidades físicas, emocionales, sociales y espirituales.
- Neighborhood INTEGRITY debe darle a usted una lista de proveedores de servicios de hospicio en su área geográfica.

Información personal de salud (también llamada información de salud

protegida) (PHI): Información sobre usted y su salud, como su nombre, dirección, número de seguro social, visitas al médico e historial médico. 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.



Si tiene preguntas, llame a Neighborhood INTEGRITY al 1-844-812-6896 o al 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m.; y los sábados de 8 a. m. a 12 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

Institución de enfermería especializada (SNF): Una institución de enfermería con personal y equipo que da cuidados de enfermería especializada y, en la mayoría de los casos, servicios de rehabilitación especializados y otros servicios de salud relacionados.

Institución de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF): Una institución que ofrece principalmente servicios de rehabilitación después de una enfermedad, accidente u operación importante. Ofrece una variedad de servicios, entre otros, terapia física, servicios sociales o psicológicos, terapia respiratoria, terapia ocupacional, terapia del habla y servicios de evaluación del entorno doméstico.

Límites de cantidad: Un límite en la cantidad de un medicamento que puede tener. Los límites pueden ser en la cantidad de medicamentos que cubrimos por cada receta.

Lista de medicamentos cubiertos (Lista de medicamentos): Lista de medicamentos de receta cubiertos por el plan. El plan elige los medicamentos de lista con la ayuda de médicos y farmacéuticos. La Lista de medicamentos le dice si tiene que cumplir alguna regla para obtener sus medicamentos. La Lista de medicamentos a veces se conoce como “formulario”.

Manual del Miembro y divulgación de información: El documento, junto con su formulario de inscripción y todos los adjuntos o cláusulas adicionales que expliquen su cobertura, nuestras responsabilidades, sus derechos y lo que usted debe hacer como miembro de nuestro plan.

Medicaid (o Asistencia médica): Programa administrado por el gobierno federal y por el estado, para ayudar a personas con ingresos y recursos limitados a pagar servicios y respaldos a largo plazo (LTSS), así como los costos médicos.

- Cubre otros servicios y medicamentos que no están cubiertos por Medicare.
- Los programas de Medicaid varían de un estado a otro, pero la mayoría de los costos de cuidado de la salud están cubiertos si usted califica para ambos programas, Medicare y Medicaid.
- Consulte el Capítulo 2, Sección H, para saber cómo contactarse con Medicaid en su estado.

Medicamento necesario: Describe los servicios, suministros o medicamentos que usted necesita para prevenir, diagnosticar o tratar una enfermedad o mantener su estado de salud actual. Esto incluye cuidados que prevengan que usted sea ingresado en un hospital o en un hogar para personas de la tercera edad. También incluye los servicios, insumos o medicamentos que cumplan con estándares aceptados por la práctica médica.

Si tiene preguntas, llame a Neighborhood INTEGRITY al 1-844-812-6896 o al 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m.; y los sábados de 8 a. m. a 12 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite www.nhpri.org/INTEGRITY.



Medicamento genérico: Medicamento de receta que tiene la aprobación del gobierno federal para usarse en lugar de un medicamento de marca. Un medicamento genérico tiene los mismos ingredientes activos que los medicamentos de marca. Normalmente es más barato y funciona tan bien como los medicamentos de marca.

Medicamentos cubiertos: Término que usamos para describir todos los medicamentos de receta cubiertos por nuestro plan.

Medicamentos de la Parte D: Ver “Medicamentos de Medicare Parte D”.

Medicamentos de marca: Un medicamento de receta que fabrica y vende la compañía que creó el medicamento. Los medicamentos de marca están preparados con los mismos ingredientes activos que las versiones genéricas de los medicamentos. Los medicamentos genéricos están hechos y son vendidos por otras compañías farmacéuticas.

Medicamentos de Medicare Parte D: Medicamentos que pueden tener cobertura bajo Medicare Parte D. El Congreso excluyó específicamente ciertas categorías de medicamentos de la cobertura como los medicamentos de la Parte D. Medicaid podría cubrir algunos de estos medicamentos.

Medicamentos de venta libre (OTC): Los medicamentos de venta libre se refieren a cualquier fármaco o medicamento que una persona puede comprar sin receta de un profesional de la salud.

Medicare: Programa de seguro de salud federal para personas de 65 años de edad o mayores, para algunas personas menores de 65 años con ciertas discapacidades y los que padecen de enfermedad renal en etapa final (por lo general, aquellos con insuficiencia renal permanente y necesitan diálisis o trasplante de riñón). Las personas con Medicare pueden obtener su cobertura de salud de Medicare a través de Original Medicare o de un plan cuidados administrados (ver “Plan de salud”).

Medicare Parte A: El programa de Medicare que cubre la mayoría del cuidado médicamente necesario de hospital, institución de enfermería especializada, salud en el hogar y cuidados de hospicio.

Medicare Parte B: El programa de Medicare que cubre servicios (como pruebas de laboratorio, cirugías y consultas a proveedores) y suministros (como silla de ruedas y andadores) que son médicamente necesarios para tratar una enfermedad. Medicare Parte B también cubre muchos servicios preventivos y exámenes de detección precoz.



Si tiene preguntas, llame a Neighborhood INTEGRITY al 1-844-812-6896 o al 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m.; y los sábados de 8 a. m. a 12 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

Medicare Parte C: El programa de Medicare que permite a las compañías de seguros de salud privadas dar beneficios de Medicare a través de un plan de salud llamado Plan Medicare Advantage.

Medicare Parte D: El programa de beneficios para medicamentos de receta de Medicare. (A este programa lo llamamos “Parte D”, para abreviar.) La Parte D cubre medicamentos de receta, vacunas, y algunos suministros para pacientes externos, no cubiertos por Medicare Parte A, Medicare Parte B ni Medicaid. Neighborhood INTEGRITY incluye Medicare Parte D.

Miembro (Miembro de nuestro plan o Miembro del plan): Persona con Medicare y Medicaid que califica para recibir servicios cubiertos, que está inscrita en nuestro plan y cuya inscripción ha sido confirmada por los Centros para Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) y el estado.

Miembro de Medicare-Medicaid: Persona que califica para la cobertura de Medicare y Medicaid. Un miembro de Medicare-Medicaid también se denomina “persona doblemente elegible”.

Niveles de medicamentos: Grupos de medicamentos incluidos en la Lista de Medicamentos. Los medicamentos genéricos, de marca o de venta libre (OTC) son ejemplos de niveles de medicamentos. Cada medicamento de la Lista de Medicamentos está en uno de los 3 niveles.

Oficina Ejecutiva de Salud y Servicios Humanos de Rhode Island (EOHHS): Agencia del Estado responsable de administrar el programa de Medicaid en Rhode Island. En el Capítulo 2, Sección H, se explica cómo comunicarse con la EOHHS.

Original Medicare (Medicare tradicional o Medicare de cobro por servicio): Original Medicare es un programa que ofrece el gobierno. Bajo Original Medicare, los servicios de Medicare están cubiertos pagando a médicos, hospitales y otros proveedores de cuidados de salud los montos que fija el Congreso.

- Puede visitar a cualquier médico, hospital o proveedor de servicios de salud que acepte Medicare. Original Medicare tiene dos partes: Parte A (seguro de hospital) y Parte B (seguro médico).
- Original Medicare está disponible en cualquier lugar de Estados Unidos.
- Si no quiere estar en nuestro plan, puede elegir Original Medicare.

Organización para el Mejoramiento de la Calidad (QIO): Grupo de médicos y otros expertos en cuidados de salud que ayudan a mejorar la calidad del cuidado para personas con



Si tiene preguntas, llame a Neighborhood INTEGRITY al 1-844-812-6896 o al 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m.; y los sábados de 8 a. m. a 12 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

Medicare. El gobierno federal les paga por controlar y mejorar el cuidado de salud que se les da a los pacientes. Consulte el Capítulo 2, Sección F, para saber cómo contactarse con la QIO en su estado.

Paciente interno: Término utilizado cuando usted ha sido internado formalmente en el hospital para recibir servicios médicos calificados. Si no fue internado formalmente podría ser considerado como paciente externo en lugar de paciente interno incluso si pasó la noche en el hospital.

Parte A: Ver “Medicare Parte A”.

Parte B: Ver “Medicare Parte B”.

Parte C: Ver “Medicare Parte C”.

Parte D: Ver “Medicare Parte D”.

Plan de cuidados: Un plan que describe los servicios médicos que usted recibirá y cómo los recibirá.

Plan de salud: Organización compuesta por médicos, hospitales, farmacias, proveedores de servicios a largo plazo y otros proveedores. También tiene un Administrador de Atención de Salud, quien lo ayuda a administrar a todos sus proveedores y servicios. Todos ellos trabajan juntos para darle la atención que usted necesite.

Plan Medicare Advantage: Un programa de Medicare, también conocido como “Parte C de Medicare” o “Planes MA”, que ofrece planes a través de compañías privadas. Medicare les paga a estas compañías para cubrir sus beneficios de Medicare.

Prótesis y ortopedia: Son dispositivos médicos ordenados por su médico u otro proveedor de cuidado de salud. Los artículos cubiertos incluyen, entre otros, aparatos de soporte para brazos, espalda y cuello, miembros artificiales, ojos artificiales y dispositivos necesarios para reemplazar una parte o función corporal interna, incluso insumos de ostomía y terapia de nutrición enteral y parenteral.

Proveedor de cuidados primarios (PCP): Su proveedor de cuidados primarios es el médico u otro proveedor al que consulta primero para la mayoría de sus problemas de salud.

- Esta persona se asegura de que usted reciba el cuidado que necesita para mantenerse sano. Esta persona también puede hablar con otros médicos o proveedores de cuidados de salud sobre sus cuidados y da las remisiones para que lo vean.



Si tiene preguntas, llame a Neighborhood INTEGRITY al 1-844-812-6896 o al 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m.; y los sábados de 8 a. m. a 12 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

- En muchos planes de salud de Medicare, usted debe ver primero a su proveedor de cuidados primarios antes de ver a cualquier otro proveedor de cuidado de salud.
- Consulte el Capítulo 3, Sección D, para obtener información sobre cómo recibir atención de proveedores de cuidados primarios.

Proveedor de la red: “Proveedor es el término general que usamos para médicos, enfermeras y otras personas que le dan servicios y cuidado. El término también incluye hospitales, agencias de cuidados de la salud en el hogar, clínicas y otros centros que proporcionan servicios de cuidado de salud, equipos médicos y servicios y respaldos a largo plazo.

- Tienen licencia o certificación de Medicare y del estado para proporcionar servicios de cuidados de salud.
- Los llamamos “proveedores de la red” cuando aceptan trabajar con el plan de salud y aceptan nuestro pago y no les cobran a nuestros miembros una cantidad adicional.
- Mientras usted sea miembro de nuestro plan debe usar proveedores de la red para obtener servicios cubiertos. Los proveedores de la red también se denominan “proveedores del plan”.

Proveedor fuera de la red o institución fuera de la red: Proveedor o institución que no ha sido empleado por nosotros, no es de nuestra propiedad ni trabaja con nuestro plan, y no está contratado para proporcionar servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. En el Capítulo 3, Sección D, se explicará sobre proveedores e instituciones fuera de la red.

Queja: Una declaración escrita o de palabra que afirma que usted tiene algún problema o inquietud sobre sus servicios o cuidados cubiertos. Incluye cualquier inquietud sobre la calidad de cuidado, los proveedores de nuestra red o las farmacias de nuestra red. El término formal para “presentar una queja” es “presentar un reclamo”.

Reclamo: Queja que usted hace sobre nosotros o sobre alguno de los proveedores o farmacias de nuestra red. Esto incluye quejas relacionadas con la calidad de su cuidado.

Remisión: Una remisión significa que su proveedor de atención primaria (PCP) debe darle su aprobación antes de que pueda ver a alguien que no sea su PCP. Neighborhood INTEGRITY podría no cubrir los servicios si usted no obtiene una autorización. No necesita una remisión para ver a ciertos especialistas, tales como los especialistas en salud de la mujer. Puede encontrar más información sobre remisiones en el Capítulo 3, Sección B y sobre los servicios que requieren remisiones en el Capítulo 4, Sección D.



Si tiene preguntas, llame a Neighborhood INTEGRITY al 1-844-812-6896 o al 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m.; y los sábados de 8 a. m. a 12 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI): Beneficio mensual pagado por el Seguro Social a personas con ingresos y recursos limitados que son discapacitados, son ciegos o tienen 65 años de edad o más. Los beneficios de SSI no son lo mismo que los beneficios del Seguro Social.

Servicios cubiertos: Término general que usamos para referirnos a todos los cuidados de salud, servicios y respaldo a largo plazo (LTSS), insumos, medicamentos de receta y de venta libre, equipos y otros servicios cubiertos por nuestro plan.

Servicios cubiertos por Medicare: Servicios cubiertos por Medicare Parte A y Parte B. Todos los planes de salud de Medicare, incluido nuestro plan, deben cubrir todos los servicios que están cubiertos por Medicare Parte A y Parte B.

Servicios de rehabilitación: Tratamiento que recibe para ayudarle a recuperarse de una enfermedad, accidente u operación importante. Para obtener más información sobre los servicios de rehabilitación, consulte el Capítulo 4, Sección D.

Servicios para miembros: Departamento dentro de nuestro plan responsable de responder sus preguntas sobre participación, beneficios, reclamos y apelaciones. Consulte el Capítulo 2, Sección A, para saber cómo contactarse con Servicios para Miembros.

Servicios y respaldos a largo plazo (LTSS): Los servicios y respaldos a largo plazo son servicios que ayudan a mejorar una condición médica a largo plazo. La mayoría de los servicios ayudan a que usted pueda permanecer en su casa y no tenga que ir a un hogar de cuidados para personas de la tercera edad o a un hospital.

Solicitud vigente: Solicitar la recepción de materiales ahora y en el futuro en su idioma o formato de preferencia alternativo, por ejemplo, letra grande, braille o audio. Para hacer, cambiar o eliminar una solicitud vigente, llame a Servicios para Miembros.

Subsidio por bajos ingresos (LIS): Ver “Ayuda adicional”.

Tratamiento escalonado: Regla de cobertura que le exige que primero pruebe otro medicamento antes de que cubramos el medicamento que está pidiendo.



Si tiene preguntas, llame a Neighborhood INTEGRITY al 1-844-812-6896 o al 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m.; y los sábados de 8 a. m. a 12 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

Neighborhood INTEGRITY Servicios para miembros

LLAME	1-844-812-6896 Las llamadas a este número son gratuitas. 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. Es posible que los sábados por la tarde, los domingos y los feriados, se le solicite que deje un mensaje. Se responderá a su llamada al siguiente día hábil. Servicios para miembros también tiene servicios gratuitos de intérpretes para personas que no hablan inglés.
TTY	711 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas con dificultades para oír o para hablar. Las llamadas a este número son gratuitas. 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. Es posible que los sábados por la tarde, los domingos y los feriados, se le solicite que deje un mensaje. Se responderá a su llamada al siguiente día hábil.
ESCRIBA	Neighborhood Health Plan of Rhode Island 910 Douglas Pike Smithfield, RI 02917
SITIO WEB	www.nhpri.org/INTEGRITY



Si tiene preguntas, llame a Neighborhood INTEGRITY al 1-844-812-6896 o al 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m.; y los sábados de 8 a. m. a 12 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.