Neighborhood Health Plan
OF RHODE ISLAND™

Neighborhood **INTEGRITY** (plan de Medicare-Medicaid)

2025 Manual para miembros

H9576_EOC2025V2 APPROVED 09/19/2024

Manual del Miembro de Neighborhood Health Plan of Rhode Island INTEGRITY

1 de enero de 2025 – 31 de diciembre de 2025

Su cobertura de salud y medicamentos a través del plan Neighborhood Health Plan of Rhode Island (Neighborhood) INTEGRITY de Medicare – Medicaid

Introducción al *Manual del Miembro*

Este manual incluye información sobre su cobertura a través de Neighborhood INTEGRITY (Plan de Medicare-Medicaid) hasta el 31 de diciembre de 2025. 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.

Tenemos servicios de intérprete sin costo alguno para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para hablar con un intérprete, por favor llame al 1-844-812-6896 (TTY 711). Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

我们提供免费的翻译服务，帮助您解答关于健康或药物保险的任何疑 问。如果您需要此翻译服务，请致电 1-844-812-6896 (TTY 711)。我们的中文工作人员很乐意帮助您。 这是一项免费服务。

您對我們的健康或藥物保險可能存有疑問，為此我們提供免費的翻譯 服務。如需翻譯服務，請致電 1-844-812-6896 (TTY 711)。我們講中文的人員將樂意為您提供幫助。這 是一項免費服務。

Mayroon kaming libreng serbisyo sa pagsasaling-wika upang masagot ang anumang mga katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggamot. Upang makakuha ng tagasaling-wika, tawagan lamang kami sa 1-844-812-6896 (TTY 711). Maaari kayong tulungan ng isang nakakapagsalita ng Tagalog. Ito ay libreng serbisyo.

Nous proposons des services gratuits d'interprétation pour répondre à toutes vos questions relatives à notre régime de santé ou d'assurance-médicaments. Pour accéder au service d'interprétation, il vous

suffit de nous appeler au 1-844-812-6896 (TTY 711). Un interlocuteur parlant Français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời các câu hỏi về chương sức khỏe và chương trình thuốc men. Nếu quí vị cần thông dịch viên xin gọi 1-844-812-6896 (TTY 711) sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quí vị. Đây là dịch vụ miễn phí .

Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihren Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter 1-844-812-6896 (TTY 711). Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 답해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 1-844-812-6896 (TTY 711) 번으로 문의해 주십시오. 한국어를 하는 담당자가 도와 드릴 것입니다. 이 서비스는 무료로 운영됩니다.

Если у вас возникнут вопросы относительно страхового или медикаментного плана, вы можете воспользоваться нашими бесплатными услугами переводчиков. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, позвоните нам по телефону 1-844-812-6896 (TTY 711). Вам окажет помощь сотрудник, который говорит по-русски. Данная услуга бесплатная.

إننا نقدم خدمات المترجم الفوري المجانية للإجابة عن أي أسئلة تتعلق بالصحة أو جدول الأدوية لدينا. للحصول على مترجم فوري، ليس عليك سوى الاتصال بنا على الرقم 1-844-812-6896 (TTY 711). سيقوم شخص ما يتحدث العربية بمساعدتك. هذه خدمة مجانية.

हमारे स्वास्थ्य या दवा की योजना के बारे में आपके किसी भी प्रश्न के जवाब देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाषिया सेवाएँ उपलब्ध हैं। एक दुभाषिया प्राप्त करने के लिए, बस हमें 1-844-812-6896 (TTY 711) पर फोन करें। कोई व्यक्ति जो हिन्दी बोलता है आपकी मदद कर सकता है. यह एक मुफ्त सेवा है।

È disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario e farmaceutico. Per un interprete, contattare il numero 1-844-812-6896 (TTY 711). Un nostro incaricato che parla Italianovi fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

Dispomos de serviços de interpretação gratuitos para responder a qualquer questão que tenha acerca do nosso plano de saúde ou de medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número 1-844-812-6896 (TTY 711). Irá encontrar alguém que fale o idioma Português para o ajudar. Este serviço é gratuito.

Nou genyen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou ta genyen konsènan plan medikal oswa dwòg nou an. Pou jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan 1-844-812-6896 (TTY 711). Yon moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.

Umożliwiamy bezpłatne skorzystanie z usług tłumacza ustnego, który pomoże w uzyskaniu odpowiedzi na temat planu zdrowotnego lub dawkowania leków. Aby skorzystać z pomocy tłumacza znającego język polski, należy zadzwonić pod numer 1-844-812-6896 (TTY 711). Ta usługa jest bezpłatna.

当社の健康 健康保険と薬品 処方薬プランに関するご質問にお答えするため に、無料の通訳サービスがありますございます。通訳をご用命になるには、1-844-812-6896 (TTY 711)にお電話ください。日本語を話す人 者 が支援いたします。これは無料のサー ビスです。

យើងមានសេវាអ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់ដើម្បីឆ្លើយរាល់សំណួរដែលអ្នកអាចមានអំពីគម្រោងសុខភាព និងថ្នាំរបស់យើងខ្ញុំ។ ដើម្បីទទួលបានអ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់ គ្រាន់តែហៅទូរសព្ទមកយើងខ្ញុំតាមរយៈលេខ 1-844-812-6896 (TTY 711)។ អ្នកដែលនិយាយខ្មែរជួយអ្នកបាន។ នេះជាសេវាកម្មឥតគិតថ្លៃ។

Puede obtener este documento gratis en otros formatos, por ejemplo, letras grandes, Braille o audio. Comuníquese con Servicios para Miembros llamando 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. 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 Servicios para Miembros. Esto se denomina “solicitud vigente”. Servicios para 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 Servicios para Miembros.

Índice del Manual del Miembro de Neighborhood INTEGRITY

Capítulo 1: Cómo comenzar como miembro **7**

Capítulo 2: Números de teléfono y recursos importantes **16**

Capítulo 3: Usar la cobertura del plan para su cuidado de salud y otros servicios cubiertos **32**

Capítulo 4: Tabla de beneficios **51**

Capítulo 5: Recibir medicamentos de receta como paciente ambulatorio a través del plan **117**

Capítulo 6: Lo que usted paga por sus medicamentos de receta de Medicare y Medicaid **138**

Capítulo 7: Cómo pedirnos que paguemos una factura que usted haya recibido por servicios o medicamentos cubiertos **145**

Capítulo 8: Sus derechos y responsabilidades **151**

Capítulo 9: Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones sobre cobertura, apelaciones, quejas) **164**

Capítulo 10: Termine su participación en nuestro plan de Medicare-Medicaid **216**

Capítulo 11: Avisos legales **223**

Capítulo 12: Definiciones de palabras importantes **225**

Renuncias de garantías

- 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.
- 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 (Patient Protection and Affordable Care Act, 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. Este pago se denomina “participación en el costo” y el monto lo determina Rhode Island Medicaid.

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 8

B. Información sobre Medicare y Medicaid 8

B1. Medicare 8

B2. Medicaid 8

C. Ventajas de este plan 9

D. Área de servicio de Neighborhood INTEGRITY 10

E. Qué lo hace elegible para ser un miembro del plan 10

F. Qué esperar al inscribirse por primera vez en un plan de salud 10

G. Su plan de cuidados de salud 11

H. Prima mensual del plan Neighborhood INTEGRITY 11

I. El *Manual del Miembro* 11

J. Otra información importante que obtendrá de nosotros 11

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

J2. *Directorio de Proveedores y Farmacias* 12

J3. Lista de medicamentos cubiertos 14

J4. *La explicación de beneficios* 14

K. Cómo mantener actualizado su expediente 14

K1. Privacidad de la información personal de salud (PHI) 15

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 un administrador de atención 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 Rhode Island Medicaid.

Cada estado decide:

- qué cuenta como ingresos y recursos,
- quién califica,
- qué servicios están cubiertos, **y**
- 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 Rhode Island Medicaid 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.

D. Área de servicio de Neighborhood INTEGRITY

Nuestra área de servicio es el estado de Rhode Island.

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

Si usted se muda fuera de Rhode Island, no podrá continuar en este plan. Consulte 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:

- es mayor de 21 años, **y**
- vive en nuestra área de servicio, (no se considera que las personas encarceladas vivan dentro de la zona geográfica de servicio incluso si están físicamente dentro de esta) **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 90 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.

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 D, o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633- 4227).

Puede solicitar un *Manual del Miembro* llamando a Servicios para Miembros al 1-844-812-6896 (TTY 711) entre las 8 a. m. y las 8 p. m., de lunes a viernes de 8 a. m. a 12 p. m. Los sábados a la tarde, los domingos y los feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Se le devolverá la llamada durante el siguiente día hábil. También puede consultar el *Manual del Miembro* en www.nhpri.org/INTEGRITY o descargarlo del sitio web.

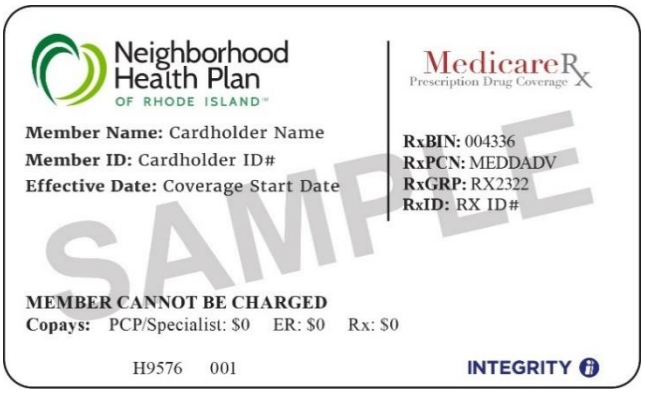
El contrato estará vigente durante los meses en que usted esté inscrito en Neighborhood INTEGRITY.

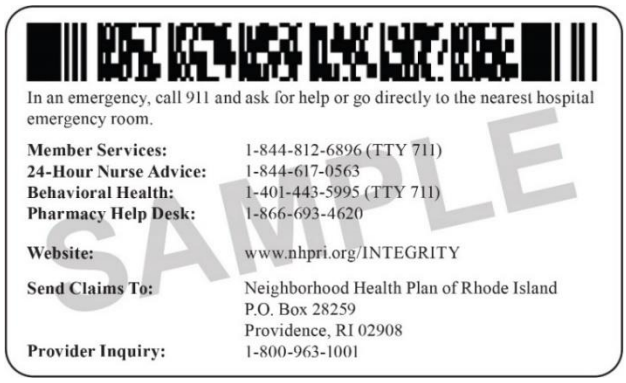
J. Otra información importante que obtendrá de nosotros

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 que están cubiertos por el plan Neighborhood INTEGRITY. Debe 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 Rhode Island Medicaid (“anclaje”) para recibir servicios que están cubiertos por Neighborhood INTEGRITY. Mantenga su tarjeta Medicare en un lugar seguro, en caso de que la necesite más adelante. **Use su tarjeta de Rhode Island Medicaid (“anclaje”) para los servicios dentales y de transporte médico que no sea de emergencia (NEMT).** Consulte el Capítulo 4 para obtener más información sobre cuándo usar su tarjeta de Roche Island Medicaid (“anclaje”). 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 el Capítulo 3, Sección D).

Puede pedir un *Directorio de Proveedores y Farmacias* (en formato electrónico o en papel) llamando a Servicios para Miembros al 1-844-812-6896. Las solicitudes de Directorios de Proveedores y Farmacias en papel se enviarán por correo postal dentro de los tres días hábiles. 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 (como médicos, enfermeros practicantes y psicólogos), establecimientos de salud (como hospitales o clínicas) y proveedores de asistencia (proveedores de atención diurna para adultos y de atención domiciliaria) que usted puede utilizar al ser miembro de Neighborhood INTEGRITY. También incluye las farmacias en las que un miembro puede obtener medicamentos recetados.

El Directorio de Proveedores y Farmacias contiene información de contacto de proveedores y farmacias, que incluye direcciones, números de teléfono y horarios de atención. También puede encontrar otros detalles como 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 que usted puede utilizar siendo miembro de nuestro plan;
    - Clínicas, hospitales, instituciones de cuidados para personas de la tercera edad, 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 Rhode Island Medicaid.

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. Este pago se denomina “participación en el costo” y el monto lo determina Rhode Island Medicaid.

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 Servicios para Miembros llamando al 1-844-812-6896 para obtener más información. Tanto Servicios 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.

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 de Internet, 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 la información más actualizada sobre los medicamentos que están cubiertos, visite www.nhpri.org/INTEGRITY o llame al 1-844-812-6896.

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 *Explanation of Benefits*, EOB).

En la EOB se indica la cantidad total que usted u otras personas en su nombre, han gastado de la Parte D por medicamentos de receta y la cantidad total que nosotros hemos pagado por cada uno de sus medicamentos de receta de la Parte D durante el mes. La EOB tiene más información sobre los medicamentos que toma. En el Capítulo 6 se ofrece más información sobre la EOB y cómo lo ayudará a llevar un registro de la cobertura de sus medicamentos.

La EOB también está disponible cuando la solicite. Para obtener 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. 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 del empleador de su pareja de hecho, 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. (NOTA: no está obligado a comunicar a su plan sobre los estudios de investigación clínica en los que usted pretende participar; sin embargo, se lo alienta a que comunique dicha información).

Si se modifica algún dato, infórmenos a través de Servicios para Miembros por el 1-844-812-6896.

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

La información en su expediente de miembro puede incluir información personal de salud (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.

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 administrador de atención de salud y otras personas 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 18
A1. Cuándo contactar a Servicios para Miembros 18
B. Cómo comunicarse con su administrador de atención de salud 20
B1. Cuándo contactar a su administrador de atención de salud 21
C. Cómo comunicarse con la Línea de Asesoramiento de Enfermería 22
C1. Cuándo comunicarse con la Línea de Asesoramiento de Enfermería 22
D. Cómo comunicarse con la Línea de Crisis de Salud del Comportamiento 22
D1. Cuándo comunicarse con la Línea de Crisis de Salud del Comportamiento 23
E. Cómo comunicarse con el Programa de asistencia del seguro de salud del estado (SHIP) y el Programa de apoyos para la inscripción en Medicare-Medicaid (MME) 23
E1. Cuándo hablar con un consejero de SHIP 24
E2. Cuándo hablar con un consejero de MME 24
F. Cómo comunicarse con la Organización de mejoramiento de la calidad (QIO) 25
F1. Cuándo contactar a Acentra Health 25
G. Cómo comunicarse con Medicare 25
H. Cómo comunicarse con Rhode Island Medicaid 26
H1. Información general sobre los programas de Medicaid 26
H2. Información sobre Servicios y Respaldos a Largo Plazo de Medicaid (LTSS) 27
Los servicios y respaldos a largo plazo incluyen una variedad de servicios diseñados para cubrir las necesidades de salud o de cuidado personal de una persona. Estos servicios

ayudan a las personas a vivir de la forma más independiente y segura posible cuando ya no pueden realizar las actividades cotidianas por sí mismas. 27

H3. Información sobre MyOptionsRI 27

I. Cómo comunicarse con el Defensor de Cuidado de Salud RIPIN 28

J. Cómo comunicarse con la Alianza para un mejor cuidado a largo plazo 28

K. Otros recursos 29

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 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. Tenemos servicios de interpretación gratuitos para personas que no hablan inglés.
TTY	711 Esta llamada es gratuita. 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.
ESCRIBA	Neighborhood Health Plan of Rhode Island Attn: Member Services 910 Douglas Pike Smithfield, RI 02917
SITIO WEB	www.nhpri.org/INTEGRITY

A1. Cuándo contactar a 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.
  - 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 D.

- 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 D.

- 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 o presentar ante la Organización para el Mejoramiento de la Calidad una queja sobre la calidad de la atención que recibió (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 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 J.

- 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 de receta, consulte el Capítulo 9, Secciones E y F.

- apelaciones sobre sus medicamentos
    - Una apelación es una manera de pedirnos que cambiemos una decisión sobre cobertura.
    - Puede solicitar una apelación para sus medicamentos de receta 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 de receta, consulte el Capítulo 9, Secciones E y F.
- 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 que se encuentra en 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 de receta, consulte el Capítulo 9, Sección J.
- 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, Secciones E3 y F5 para obtener más información sobre apelaciones.

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 [Registered Nursed, RN] o un trabajador social) que lo ayuda en la administración de todos sus proveedores y servicios. Trabajan 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 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. Tenemos servicios de interpretación gratuitos para personas que no hablan inglés.
TTY	711 Esta llamada es gratuita. 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.
ESCRIBA	Neighborhood Health Plan of Rhode Island ATTN: Care Management 910 Douglas Pike Smithfield, RI 02917
SITIO WEB	www.nhpri.org/INTEGRITY

B1. Cuándo contactar a 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 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:

- Servicios de tareas del hogar/CNA
- Meals on Wheels
- Acompañantes para personas de la tercera edad
- Vivienda asistida
- Servicios de cuidado personal
- Cuidado auto dirigido

C. Cómo comunicarse con la Línea de Asesoramiento de Enfermería

La Línea de Asesoramiento de Enfermería 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. 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

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

La Línea de Crisis de Salud del Comportamiento 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. 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

E. Cómo comunicarse con el Programa de asistencia del seguro de salud del estado (SHIP) y el Programa de apoyos para la inscripción en Medicare-Medicaid (MME)

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, la Oficina de Envejecimiento Saludable (OHA) proporciona el SHIP.

El Programa de apoyos para la inscripción en Medicare-Medicaid (MME) ofrece asesoramiento personal para seguros de salud gratuito a las personas con Medicare y Medicaid. En Rhode Island, el MME es proporcionado a través de The POINT.

El SHIP y POINT are están relacionados con ninguna compañía de seguros o plan de salud.

LLAME	Rhode Island SHIP: 1-888-884-8721 de 8:30 a. m. a 4:00 p. m., de lunes a viernes The POINT: 1-401-462-4444 de 8:30 a. m. a 4:00 p. m., de lunes a viernes
TTY	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 Health Aging 57 Howard Avenue, Building 57 Cranston, RI 02920 Attention: SHIP Program
SITIO WEB	www.oha.ri.gov

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 de Medicare y pueden ayudarlo a:
        - entender las opciones de su plan,
        - entender sus derechos,
        - presentar quejas sobre el cuidado de su salud o tratamientos, **y**
        - resolver problemas con sus facturas.

E2. Cuándo hablar con un consejero de MME

- preguntas sobre sus opciones de Seguro de salud porque es eligible para Medicare y Medicaid
    - Los consejeros de MME en The POINT pueden ayudarlo a:
        - comprender sus opciones de Seguro a través de asesoramiento sobre opciones personalizado;
        - entender sus derechos;
        - corregir los problemas con la elegibilidad de Medicare, y
        - acceder a cobertura de medicamentos recetados temporal de la Parte D (si necesario).

F. Cómo comunicarse con la Organización de mejoramiento de la calidad (QIO)

Nuestro estado cuenta con una organización llamada Acentra Health. 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	711
ESCRIBA	Acentra Health 5201 West Kennedy Blvd, Suite 900 Tampa, FL 33609
SITIO WEB	www.acentraqio.com

F1. Cuándo contactar a Acentra Health

- 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 institución de rehabilitación integral para pacientes externos (comprehensive outpatient rehabilitation facility, CORF) terminarán demasiado pronto.

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	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, sitios para realizar tratamiento de diálisis, centros de rehabilitación para pacientes internados y hospicios. Incluye sitios web y números de teléfono útiles. También incluye folletos que usted puede imprimir directamente desde su computadora. 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.

H. Cómo comunicarse con Rhode Island Medicaid

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 Rhode Island Medicaid.

H1. Información general sobre los programas de Medicaid

LLAME	1-855-697-4347 De lunes a viernes, de 8:30 a. m. a 3:30 p. m.
TTY	711

ESCRIBA	Rhode Island DHS P.O. Box 8709, Cranston, RI 02920
SITIO WEB	www.dhs.ri.gov

H2. Información sobre Servicios y Respaldos a Largo Plazo de Medicaid (LTSS)

Los servicios y respaldos a largo plazo incluyen una variedad de servicios diseñados para cubrir las necesidades de salud o de cuidado personal de una persona. Estos servicios ayudan a las personas a vivir de la forma más independiente y segura posible cuando ya no pueden realizar las actividades cotidianas por sí mismas.

LLAME	1-401-574-8474 De lunes a viernes, de 8:30 a. m. a 3:30 p. m.
TTY	711
ESCRIBA	DHS Long-Term Services and Supports P.O. Box 8709, Cranston, RI 02920
EMAIL	dhs.ltss@dhs.ri.gov
SITIO WEB	www.dhs.ri.gov
FAX	1-401-574-9915

H3. Información sobre MyOptionsRI

MyOptionsRI lo conecta con los servicios y respaldos que pueda necesitar para vivir de forma independiente, donde escoja hacerlo. The Point ofrece asesoramiento con opciones centradas en la persona para ayudar a los residentes de Rhode Island a entender las opciones que tiene en cuanto a servicios y respaldos a largo plazo. Hay muchos servicios disponibles en todo el estado. Lo conecta a servicios que usted desea y le explica las alternativas. Este servicio es gratuito y confidencial.

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

MyOptionsRI Brinda información útil y asistencia con lo siguiente:

Si tiene preguntas, llame a Neighborhood INTEGRITY al 1-844-812-6896 y 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. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

- cuidado basado en el hogar y en la comunidad
- recursos para cuidadores y la familia
- asistencia para planificar la atención de la memoria y cognitiva
- acceso a programas de asistencia pública como Medicare y Medicaid, SNAP, asistencia para pagar la calefacción y los servicios públicos
- información sobre otros recursos útiles de la comunidad

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

El Defensor de Cuidado de 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 de Cuidado de Salud (Healthcare Advocate) RIPIN también ayuda a las personas inscritas en Neighborhood INTEGRITY 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 De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.
TTY	711
ESCRIBA	300 Jefferson Boulevard, Suite 300, Warwick, RI 02888
DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO	HealthcareAdvocate@ripin.org
SITIO WEB	www.ripin.org/services/

J. Cómo comunicarse con la Alianza para un mejor cuidado a largo plazo

La Alianza para un Mejor Cuidado a Largo Plazo 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 De lunes a viernes, de 9:00 a. m. a 4:30 p. m.
TTY	711
ESCRIBA	422 Post Road, Suite 204 Warwick, RI 02888
SITIO WEB	www.alliancebltc.org

K. Otros recursos

La **Oficina de Envejecimiento Saludable de Rhode Island** 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 (Long Term Services and Supports, LTSS) de Rhode Island Medicaid y denuncia de casos de abusos contra personas de la tercera edad.

LLAME	1-401-462-3000
TTY	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, Building 57 Cranston, RI 02920
SITIO WEB	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

SITIO WEB	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.

LLAME	1-401-521-2255
TTY	711
ESCRIBA	160 Broad Street Providence, RI 02903
SITIO WEB	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	711
ESCRIBA	Rhode Island Disability Law Center Inc. 33 Broad Street, Suite 601 Providence, RI 02903
SITIO WEB	www.drri.org

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

LLAME	211 o 1-401-444-0600
TTY	711

ESCRIBA	50 Valley Street Providence, RI 02909
SITIO WEB	www.uwri.org

Capítulo 3: 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

L. Información sobre “servicios”, “servicios cubiertos”, “proveedores” y “proveedores de la red” 34

M. Reglas para obtener cuidados de salud, cuidados de salud del comportamiento y servicios y respaldos a largo plazo (LTSS) cubiertos por el plan 34

N. Información sobre su administrador de atención de salud 36

C1. Qué es un administrador de atención de salud 36

C2. Cómo puede comunicarse con su administrador de atención de salud 36

C3. Cómo puede cambiar su administrador de atención de salud 36

O. Cuidados de su proveedor de cuidados primarios, de especialistas y de otros proveedores de la red y fuera de la red 36

D1. Atención de un proveedor de cuidados primarios 36

D2. Cuidados de especialistas y de otros proveedores de la red 38

D3. Qué hacer cuando un proveedor abandona nuestro plan 39

D4. Cómo obtener cuidados de proveedores fuera de la red 40

P. Cómo recibir servicios y respaldo a largo plazo (LTSS) 40

Q. Cómo obtener servicios de salud del comportamiento 41

R. Cómo obtener cuidados autodirigidos 41

G1. Qué es el cuidado autodirigido 41

G2. Quién puede obtener cuidados autodirigidos 41

S. Cómo obtener servicios de transporte 41

T. Cómo obtener servicios cubiertos si tiene una emergencia médica o si requiere atención necesaria de urgencia o durante un desastre 42

I1. Cuidados cuando tiene una emergencia médica 42

I2. Atención necesaria de urgencia 44

I3. Cuidados durante un desastre 45

U. Qué hacer si le cobran directamente los servicios cubiertos por nuestro plan 45

J1. Qué hacer si los servicios no están cubiertos por nuestro plan 45

V. Cobertura de sus servicios de cuidado de salud cuando usted está participando en un estudio de investigación clínica 46

K1. Definición de una investigación clínica 46

K2. Pago por servicios cuando usted está participando en un estudio de investigación clínica 47

W. Cómo están cubiertos sus servicios de cuidado de salud cuando recibe cuidados de salud en una institución religiosa no médica para cuidados de salud 47

L1. Definición de una institución religiosa no médica para cuidados de salud 47

L2. Cómo recibir cuidados de salud de una institución religiosa no médica de cuidados de salud . 48

X. Equipo médico duradero (Durable medical equipment, DME) 48

M1. DME como un miembro de nuestro plan 48

M2. Propiedad de DME cuando cambia a Original Medicare o Medicare Advantage 49

M3. Beneficios de equipo para oxígeno como miembro de nuestro plan 50

M4. Equipo para oxígeno cuando cambia a Original Medicare o a Medicare Advantage 50

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

Los servicios incluyen cuidados de salud, servicios y respaldo a largo plazo (long-term services and supports, 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 consulta a un proveedor de la red, generalmente usted no debe pagar *nada* por los servicios cubiertos. Sin embargo, si usted es elegible para servicios y respaldo a largo plazo (long-term services and supports, LTSS), es posible que tenga que pagar parte del costo de los servicios. Este pago se denomina “participación en el costo” y el monto lo determina Rhode Island Medicaid.

M. 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 Rhode Island Medicaid. Esto incluye servicios de salud del comportamiento y servicios y respaldos a largo plazo. No obstante, ciertos beneficios de Medicaid seguirán siendo cubiertos por Rhode Island Medicaid, como sus servicios dentales y de transporte médico que no sea de emergencia (NEMT). 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

para personas de la tercera edad. También incluye los servicios, insumos, equipos 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 use 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 usar 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 sección D.
    - Para obtener más información sobre cómo elegir un PCP, consulte la sección B.
    - **Nota:** Por lo menos, durante los primeros 180 días que esté inscrito en nuestro plan, usted podrá continuar usando 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 180 días 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 usando 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.
    - 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 usar un proveedor fuera de la red, consulte la Sección D.
    - El plan cubre servicios de diálisis cuando usted se encuentra fuera del área de servicio del plan o cuando quien le proporciona este servicio no está disponible ni es accesible 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 utilizando los proveedores con los que se atiende en la actualidad durante los 180 días a partir de la inscripción o hasta que su plan de atención esté completo.
- Los servicios de planificación familiar están disponibles a través de cualquier proveedor. No necesita autorización para recibir estos servicios.

N. Información sobre su administrador de atención de salud

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. Trabajan 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

- El número directo de su Administrador de atención aparecerá en su plan de cuidados en la información del equipo de atención de salud.
- Puede comunicarse con su administrador de atención de salud llamando a Servicios para Miembros y solicitar que se lo comuniquen 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. La llamada es gratuita.

C3. Cómo puede cambiar su administrador de atención de salud

- Puede solicitar cambiar su administrador de atención de salud llamando a Servicios para Miembros 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. La llamada es gratuita.

O. 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 (primary care provider, 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:
- 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 (Certified Nurse Practitioner, CNP)
- Auxiliar médico (Physician Assistant, 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 llamando al 1-844-812-6896 (TTY 711) si necesita ayuda para buscar un PCP participante en su área. Si no elige un PCP, le asignaremos uno.

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).

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. Podemos ayudarle a encontrar otro PCP si con el que se atiende en la actualidad abandona nuestra red. Si no elige un nuevo PCP, le asignaremos uno.

Si desea cambiar su PCP, llame a Servicios para Miembros al 1-844-812-6896 (TTY 711).

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 (primary care provider, 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, Sección D.

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 comunicarse con Servicios para Miembros llamando al 1-844-812-6896 (TTY 711).

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.
- Le notificaremos que su proveedor abandona nuestro plan para que usted tenga tiempo de seleccionar un nuevo proveedor.
    - Si su proveedor de cuidados primarios o de salud del comportamiento abandona nuestro plan, lo notificaremos si es que usted ha visto a este proveedor en los últimos tres años.
    - Si alguno de sus otros proveedores abandona nuestro plan, lo notificaremos si usted está asignado al proveedor, recibe atención actualmente de dicho proveedor o lo ha visto en los últimos tres meses.
- Le ayudaremos a seleccionar un proveedor calificado nuevo dentro de la red, para continuar administrando sus necesidades de cuidados de salud.
- Si actualmente está recibiendo tratamiento médico o terapias con su actual proveedor, usted tiene derecho a pedir, y trabajaremos con usted para garantizar, que continúen el tratamiento o las terapias médicamente necesarios que esté recibiendo.
- Le brindaremos información sobre las opciones que tenga para cambiar de plan.
- Si no podemos encontrar un especialista calificado de la red que le resulte accesible, debemos disponer de un especialista fuera de la red para que le proporcione la atención cuando no haya un proveedor o beneficio dentro de la red o sean inadecuados para cubrir sus necesidades médicas. El especialista fuera de la red debe presentar una autorización previa y recibir la aprobación de Neighborhood antes de que usted reciba el servicio.
- 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 hacer un reclamo o apelación (consulte en el Capítulo 9, Sección D la información sobre cómo presentar reclamos y apelaciones).

Si se entera de que uno de sus proveedores abandonará nuestro plan, comuníquese con nosotros para que podamos ayudarlo a encontrar un proveedor nuevo y administrar su cuidado llamando a Servicios para Miembros al 1-844-812-6896 (TTY 711).

D4. Cómo obtener cuidados de proveedores fuera de la red

Si un proveedor no pertenece a nuestra red, usted o su proveedor serán responsables de ponerse en contacto con nosotros para obtener autorización para su consulta fuera de la red. Nuestro equipo de profesionales de la salud revisará todos los pedidos de autorizaciones previas. Puede haber ciertas limitaciones para la autorización, por ejemplo, en la cantidad de consultas. Si los servicios 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 utiliza 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 utiliza 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.

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

Los servicios y respaldos a largo plazo (long-term services and supports, LTSS) son beneficios que pueden ayudar con los quehaceres de la vida diaria, como bañarse, vestirse, realizar las compras de alimentos, lavar la ropa y tomar sus medicinas. La mayoría de estos servicios se brindan en su hogar, sin embargo, se pudieran brindar en un centro como un centro de vida asistida o un hogar para personas de la tercera edad. Como miembro de Neighborhood INTEGRITY, se le hará una evaluación para ayudar a determinar sus necesidades de LTSS. Los beneficios de LTSS están disponibles si califica para ellos y si cumple con la elegibilidad de Rhode Island Medicaid Long Term Care. Si requiere estos servicios, estos estarán especificados en su plan de salud, el cual puede ayudar a elaborar con su equipo de cuidados de salud.

Los servicios disponibles incluyen:

- Servicios de tareas del hogar/CNA
- Meals on Wheels
- Acompañantes para personas de la tercera edad
- Vivienda asistida
- Servicios de cuidado personal

- Cuidado auto dirigido

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).

Q. 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 para todos los miembros del Neighborhood INTEGRITY.

Recibirá una evaluación para ayudar a determinar cualquier necesidad de salud del comportamiento. Si necesita servicios de salud del comportamiento, estos estarán especificados en su plan de salud, el cual 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. La llamada es gratuita. Tenemos servicios de interpretación gratuitos para personas que no hablan inglés.

R. Cómo obtener cuidados autodirigidos

G1. Qué es el cuidado autodirigido

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

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).

S. 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 www.ripta.com/reducedfareprogram.

Si usted no puede utilizar el pase de autobús RIPTA, Rhode Island Medicaid cubre servicios de transporte médico para casos que no sean de emergencia (NEMT) para traslados a citas médicas y dentales o a otras citas relacionadas con la salud. Si necesita transporte para situaciones que no sean de emergencia, llame al 1-855-330-9131 (TTY 711), de lunes a viernes, de 5:00 a. m. a 6:00 p. m. o a Servicios para Miembros de Neighborhood INTEGRITY al 1-844-812-6896 (TTY 711). Al programar NEMT, use su tarjeta de identificación (“anclaje”) de Medicaid de Rhode Island.

Puede solicitar transporte para atención de urgencia las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Programe el transporte en los casos que no revisten urgencia **por lo menos** con 48 horas de anticipación a la cita.

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

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

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

I1. 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.

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

Qué hacer si tiene una emergencia médica

Si tiene una emergencia médica

- **Pida ayuda lo más pronto posible.** Llame al 911 o utilice 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 referencia de su PCP. No es necesario que use un proveedor de la red. Siempre que usted necesite atención médica de emergencia, puede recibirla por parte de cualquier proveedor que tenga el permiso estatal adecuado, en todo Estados Unidos o sus territorios.
- **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 a 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

Si necesita una ambulancia para ir a la sala de emergencias, nuestro plan la cubrirá. También cubrimos los servicios de atención médica durante la emergencia. Para obtener más información, consulte la Tabla de Beneficios del Capítulo 4, Sección D.

Los proveedores que den cuidado de emergencia decidirán cuando su condición sea estable y termine su emergencia médica.

Seguirán tratándolo y nos contactarán para hacer un plan si necesita cuidado de seguimiento para asegurar su recuperación.

Nuestro plan cubre su cuidado de seguimiento. 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 Crisis de Salud del Comportamiento al 1-401-443-5995, que atiende las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Tenemos servicios de interpretación gratuitos para personas que no hablan inglés. Los miembros TTY deben llamar al 711. La llamada es gratuita.

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:

- Utiliza 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. (Consulte la siguiente sección.)

I2. Atención necesaria de urgencia

Definición de atención necesaria de urgencia

La atención necesaria de urgencia es atención que se recibe por una situación que no es una emergencia, pero requiere atención inmediata. Por ejemplo, usted podría padecer una recaída de una enfermedad ya existente o una enfermedad o lesión inesperada.

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, en el caso de que no sea posible o razonable acudir a un proveedor de la red, dada la hora, el lugar o las circunstancias, 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 servicio, 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.

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. Para obtener más información, consulte el Capítulo 5, Sección A.

U. 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 recibió una factura por servicios médicos cubiertos, consulte el Capítulo 7, Sección B 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 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 E, 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.

V. 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. Los estudios de investigación clínica autorizados por Medicare suelen pedir voluntarios para que participen en el estudio.

Una vez que Medicare apruebe un estudio en el que usted desea participar, y está interesado, 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 avisarnos u 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. Tenga en cuenta que esto no incluye beneficios para los cuales nuestro plan es responsable, lo que incluye, como componente, un ensayo clínico o registro para evaluar el beneficio. Estos incluyen ciertos beneficios que se especifican en las determinaciones de cobertura nacionales que requieran cobertura con desarrollo de evidencia (*national coverage determinations requiring coverage with evidence development*, NCD-CED) y estudios con exención de dispositivos en investigación (*investigational device exemption*, IDE) y puedan estar sujetos a autorización previa u otras reglas del plan. Comuníquese con nuestro plan al número a continuación para obtener más información.

Le recomendamos que nos avise 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 será parte de un estudio clínico.

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” (Medicare y los Estudios de investigación clínica) en el sitio web de Medicare (https://www.medicare.gov/sites/default/files/2019-09/02226-medicare-and-clinical-research-studies.pdf). También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

W. 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.

Este beneficio solamente es para los servicios como paciente interno de Medicare Parte A (los servicios de cuidado de salud no médicos).

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 hospital para pacientes hospitalizados 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, Sección D.

X. Equipo médico duradero (Durable medical equipment, DME)

M1. DME como un miembro de nuestro plan

DME incluye ciertos artículos pedidos por un proveedor, por ejemplo, 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.

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, *generalmente*, no pasará a ser de su propiedad sin importar el tiempo que lo alquile.

En determinadas situaciones específicas, 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.

Incluso en el caso de haber tenido el DME durante un lapso de hasta doce meses de manera ininterrumpida con Medicare antes de unirse a nuestro plan, usted no será dueño el equipo.

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 2025.* Si no tiene una copia de este folleto, puede obtenerlo visitando el sitio web de Medicare (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.

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

Si califica para el equipo para oxígeno cubierto por Medicare y es miembro de nuestro plan, cubriremos lo siguiente:

- alquileres de equipo para oxígeno.
- entrega de oxígeno y contenido de oxígeno.
- sondas y accesorios relacionados para el suministro de oxígeno y contenido de oxígeno.
- mantenimiento y reparación de equipos para oxígeno.

El equipo para oxígeno se debe devolver cuando ya no sea médicamente necesario para usted o si abandona nuestro plan.

M4. Equipo para oxígeno cuando cambia a Original Medicare o a Medicare Advantage

Cuando el equipo para oxígeno sea médicamente necesario y **abandone nuestro plan y se cambie a Original Medicare**, lo alquilará a un proveedor durante 36 meses. Sus pagos mensuales de alquiler cubren el equipo para oxígeno y los suministros y servicios enumerados anteriormente.

Si el equipo para oxígeno es médicamente necesario **después de alquilarlo durante 36 meses**:

- Su proveedor debe proporcionar el equipo para oxígeno, los suministros y los servicios durante otros 24 meses.
- Su proveedor debe proporcionar equipos y suministros para oxígeno hasta por 5 años si es médicamente necesario.

Si el equipo para oxígeno sigue siendo médicamente necesario **al final del período de 5 años**:

- Su proveedor ya no tiene que proporcionarlo y usted puede optar por obtener el equipo de reemplazo de cualquier proveedor.
- Comienza un nuevo período de 5 años.
- Lo alquilará a un proveedor durante 36 meses.
- Luego, su proveedor debe proporcionar el equipo para oxígeno, los suministros y los servicios durante otros 24 meses.
- Un nuevo ciclo comienza cada 5 años siempre que el equipo para oxígeno sea médicamente necesario.

Cuando el equipo para oxígeno sea médicamente necesario y **abandone nuestro plan y se cambie a un plan Medicare Advantage**, el plan cubrirá, al menos, lo que cubre Original Medicare. Puede preguntarle a su plan Medicare Advantage qué equipo y suministros para oxígeno cubre y cuáles serán sus costos.

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 52

B. Reglas contra proveedores que le cobran por los servicios..... 52

C. Tabla de Beneficios de nuestro plan 52

D. Tabla de beneficios..... 54

E. Beneficios cubiertos fuera del plan de Neighborhood INTEGRITY..... 112

E1. Cuidados paliativos..... 112

E2. Servicios dentales..... 113

E3. Transporte que no sea de emergencia 113

E4. Servicios residenciales para personas con discapacidades intelectuales y del desarrollo 114

E5. Servicios de estabilización de vivienda..... 114

F. Beneficios que no están cubiertos por Neighborhood INTEGRITY, Medicare ni Rhode Island Medicaid..... 115

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 (long-term services and supports, LTSS), es posible que deba pagar parte del costo de estos servicios. Este pago se denomina "participación en el costo" y el monto lo determina Rhode Island Medicaid. 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 obtener más 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 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 Rhode Island Medicaid dice que usted tiene que pagar parte del costo de estos servicios.

C. Tabla de Beneficios de nuestro plan

La Tabla de Beneficios que está en la Sección D 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 parte del costo de estos servicios. Este pago se denomina “participación en el costo” y el monto lo determina Rhode Island Medicaid.

- Sus servicios cubiertos de Medicare y Rhode Island Medicaid deben ser proporcionados de acuerdo con las reglas establecidas por Medicare y Rhode Island Medicaid.
- 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.
- Para afiliados nuevos, el plan debe brindar un periodo mínimo de transición de 90 días, durante el cual el nuevo plan MA puede no exigir autorización previa para cualquier curso de tratamiento activo, incluso si este tratamiento fue por un servicio que comenzó con un proveedor fuera de la red.
- 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 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 (primary care provider, 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 (PA). Los servicios cubiertos que necesitan PA están marcados con un asterisco (*) en la Tabla de Beneficios.
- Si su plan otorga la aprobación de una solicitud de PA para un curso de tratamiento, la aprobación debe ser válida mientras sea médicamente razonable y necesario para evitar interrupciones en la atención según los criterios de cobertura, sus antecedentes médicos y las recomendaciones del proveedor que lo trata.
- Usted verá esta manzana 🍎 al lado de los servicios preventivos en la Tabla de beneficios.

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
	Acupuntura para el dolor lumbar crónico* El plan pagará hasta 12 consultas en 90 días si tiene dolor lumbar crónico, que se define: • que dura por 12 semanas o más; • no específico (que no tiene una causa sistémica que pueda identificarse, como no asociado con enfermedad metastásica, inflamatoria o infecciosa); • no asociado con cirugía; **y** • no asociado con el embarazo. El plan pagará 8 sesiones adicionales si muestra una mejora. Es posible que no reciba más de 20 tratamientos de acupuntura al año. Los tratamientos de acupuntura deben suspenderse si no mejora o si empeora. ***Requiere autorización previa.**	$0

Servicios pagados por nuestro plan		Lo que usted debe pagar
	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

Servicios pagados por nuestro plan		Lo que usted debe pagar
	Servicios de ambulancia* Los servicios de ambulancia cubiertos, ya sea para una situación de emergencia o una que no lo sea, incluyen servicios aéreos y terrestres (avión o helicóptero). 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 un examen 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

Servicios pagados por nuestro plan		Lo que usted debe pagar
	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
	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

Servicios pagados por nuestro plan		Lo que usted debe pagar
	Terapias alternativas del plan de cuidados* 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 • servicios de ayuda para quehaceres domésticos • terapia de masajes • servicio de comidas a domicilio • clases de meditación • sistema personal de respuesta ante emergencias (Personal emergency response system, PERS) • practicar yoga ***Es posible que se requiera una autorización previa.**	$0
	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

Servicios pagados por nuestro plan	Lo que usted debe pagar
Exámenes para detectar el cáncer colorrectal El plan pagará por los siguientes servicios: • La colonoscopía no tiene límite máximo ni mínimo de edad y está cubierto una vez cada 120 meses (10 años) para pacientes que no tengan alto riesgo, o 48 meses después de una sigmoidoscopia flexible para pecientes que no tengan alto riesgo de cáncer colorrectal, y una vez cada 24 meses para pacientes con alto riesgo después de una colonoscopia o un enema de bario exploratorios anteriores. • Sigmoidoscopia flexible para pacientes de 45 años o más. Una vez cada 120 meses para pacientes que no tengan alto riesgo después de que se haya hecho una colonoscopia exploratoria. Una vez cada 48 meses para pacientes con alto riesgo desde la última sigmoidoscopia flexible o enema de bario. • Prueba de sangre oculta en materia fecal para pacientes de 45 años o más. Una vez cada 12 meses. • Prueba multidiana de ADN en heces para pacientes de 45 a 85 años y que no cumplan los criterios de alto riesgo. Una vez cada 3 años. • Pruebas de biomarcadores en sangre para pacientes de 45 a 85 años y que no cumplan los criterios de alto riesgo. Una vez cada 3 años. • Enema de bario como alternativa a la colonoscopía para pacientes de alto riesgo y 24 meses desde el último enema de bario exploratorio o la última colonoscopía exploratoria. • Enema de bario como alternativa a la sigmoidoscopia flexible para pacientes que no tengan alto riesgo y tengan 45 años o más. Una vez, al menos, 48 meses después del último enema de bario exploratorio o sigmoidoscopia flexible exploratoria. **Este beneficio continúa en la página siguiente.**	$0

Servicios pagados por nuestro plan		Lo que usted debe pagar
	Exámenes para detectar el cáncer colorrectal (continuación) Las pruebas exploratorias de cáncer colorrectal incluyen una colonoscopía exploratoria de seguimiento después de que una prueba exploratoria de cáncer colorrectal de heces no invasiva cubierta por Medicare dé resultado positivo.	$0
	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. Los exámenes 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

	Servicios dentales* Consulte la sección E2 de este capítulo para ver la atención dental de rutina que cubre Rhode Island Medicaid. Neighborhood INTEGRITY pagará por los siguientes servicios: El plan cubre servicios dentales preventivos y de restauración hasta un máximo de **$1,250** por año. Los servicios cubiertos incluyen los siguiente: • dos (2) limpiezas • un (1) examen oral de rutina • un (1) tratamiento con fluoruro • dos (2) tratamientos paliativos para el dolor • radiografías dentales • empastes • reparación de dentaduras, reparación de base y reforrado según sea necesario • extracciones y otras cirugías orales de rutina • tratamientos de conducto • recementado de coronas o puentes Pagamos algunos servicios dentales cuando son parte integral de un tratamiento específico de una afección médica primaria del beneficiario. Algunos ejemplos son la reconstrucción de mandíbula luego de una fractura o lesión, extracciones de dientes como preparación para tratamiento con radiación de cáncer que involucre la mandíbula, o exámenes orales previos a un trasplante de riñón. ***Pueden aplicarse otras limitaciones.**	$0

Servicios pagados por nuestro plan		Lo que usted debe pagar
	Exámenes para detectar diabetes El plan pagará exámenes de detección de diabetes (incluye pruebas de glucosa en ayunas). Es posible que usted califique para hasta dos exámenes cada 12 meses luego de la fecha de su examen de detección de diabetes más reciente. 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 prediabetes.	$0

Servicios pagados por nuestro plan	Lo que usted debe pagar
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 ○ tiras de prueba para glucosa en sangre: Miembros dependientes de la insulina 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 no dependen de la insulina: ➢ 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 **Este beneficio continúa en la página siguiente.**	$0

Servicios pagados por nuestro plan	Lo que usted debe pagar
Capacitación en control personal, servicios y suministros para el control de la diabetes* (continuación) • Para las personas con diabetes que tengan enfermedades graves en los pies, el plan pagará los siguientes servicios: ○ Un par de zapatos terapéuticos hechos a medida (incluidas las plantillas) y dos pares extra de plantillas por año, **o** ○ Un par de zapatos de profundidad (hondos) y tres 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. ***Se requiere autorización para la compra en farmacia de tiras de prueba de marcas no preferidas. Se puede requerir autorización previa para otros servicios y suministros.**	$0

Servicios pagados por nuestro plan		Lo que usted debe pagar
	Servicios de Doula Servicios prenatales y posparto cubiertos para mujeres embarazadas y recién paridas. Los siguientes son ejemplos de servicios de doula cubiertos: • apoyo durante el embarazo, durante el parto y después del parto. • promoción y apoyo a la lactancia materna y cuidados del recién nacido. • proveer recursos, educación, cuidados y apoyo emocional al miembro después del parto. • apoyo para el miembro y su familia durante la recuperación posparto. Puede haber otros servicios cubiertos. El plan paga seis (6) consultas prenatales y postparto, y una (1) consulta de parto por embarazo.	$0

Servicios pagados por nuestro plan		Lo que usted debe pagar
	Equipo médico duradero (durable medical equipment, DME) y suministros relacionados* (Consulte en el Capítulo 12 de este manual la definición de "Equipo Médico Duradero [durable medical equipment, DME]" así como también el capítulo 3, sección M) 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 Manual del Miembro, le enviamos la lista de DME de Neighborhood INTEGRITY. Esta 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. **Este beneficio continúa en la página siguiente.**	$0

Servicios pagados por nuestro plan		Lo que usted debe pagar
	Equipo médico duradero (durable medical equipment, DME) y suministros relacionados* (continuación) Por lo general, Neighborhood INTEGRITY cubre cualquier DME cubierto por Medicare y Rhode Island Medicaid 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 90 días. Durante ese tiempo, usted debería hablar con su proveedor para decidir qué marca es médicamente apropiada para usted después de ese período de 90 días. (Si usted no está de acuerdo con su proveedor, puede pedirle que lo refiera para obtener una segunda opinión.) 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

Servicios pagados por nuestro plan		Lo que usted debe pagar

	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.
	  ○ el traslado a otro hospital puede suponer 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.

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 pagados por nuestro plan	Lo que usted debe pagar
Servicios de planificación familiar La ley permite que usted elija a cualquier proveedor, un proveedor dentro o fuera de la red, 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 • consejería y exámenes para enfermedades de transmisión sexual (sexually transmitted infections, STI), VIH/SIDA y otras enfermedades relacionadas con el VIH. • tratamiento de infecciones de transmisión sexual (sexually transmitted infections, 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 usar 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

Servicios pagados por nuestro plan	Lo que usted debe pagar
Beneficio de acondicionamiento físico* El beneficio de acondicionamiento físico incluye una membresía de un club de salud en lugares elegibles de YMCA y un rastreador de actividad. Los centros elegibles de YMCA se mencionan a continuación: • Bayside YMCA (Barrington, RI) • Cranston YMCA (Cranston, RI) • East Side YMCA (Providence, RI) • Kent County YMCA (Warwick, RI) • MacColl YMCA (Lincoln, RI) • Newman YMCA (Seekonk, MA) • Pawtucket Family YMCA (Pawtucket, RI) • South County YMCA (Wakefield, RI) ***Los miembros deben elegir un centro designado.**	$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

Servicios pagados por nuestro plan		Lo que usted debe pagar
	Beneficio de alimentos saludables y nutricional La cobertura incluye una tarjeta para alimentos saludables y ahorros con una asignación mensual de $75, que puede usarse para comprar alimentos saludables y nutritivos.	$0
	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 que 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.	$0

Servicios pagados por nuestro plan		Lo que usted debe pagar
	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. 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

Servicios pagados por nuestro plan	Lo que usted debe pagar
Tratamiento de infusión intravenosa a domicilio El plan pagará la terapia de infusión intravenosa a domicilio, definida como medicamentos o sustancias biológicas que se administran por vía intravenosa o se aplican debajo de la piel y se le proporcionan a domicilio. Se necesita lo siguiente para realizar la infusión intravenosa a domicilio: • el fármaco o sustancia biológica, como un antiviral o inmunoglobulina; • equipo, como una bomba; y • suministros, como sondas o un catéter. El plan cubrirá los servicios de infusión intravenosa a domicilio que incluyen, entre otros, los siguientes: • servicios profesionales, incluidos los servicios de enfermería, proporcionados de acuerdo con su plan de cuidados. • capacitación y educación para miembros que aún no están incluidas en el beneficio de DME. • monitoreo remoto. • servicios de monitoreo para la provisión de terapia de infusión intravenosa a domicilio y medicamentos de infusión en el hogar proporcionados por un proveedor calificado de terapia de infusión intravenosa a domicilio.	$0

	Cuidados en hospicio 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. Usted puede obtener cuidados de cualquier programa de hospicio certificado por Medicare. El plan debe ayudarlo a encontrar un programa de hospicio certificado por Medicare. 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 F de este capítulo para obtener más información. **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. Para medicamentos que puedan estar cubiertos por el beneficio de la Parte D de Medicare de Neighborhood INTEGRITY: • Los medicamentos nunca están cubiertos por el hospicio y nuestro plan al mismo tiempo. Para obtener más información, consulte el Capítulo 5, Sección F3. **Este beneficio continúa en la página siguiente**.	$0

Servicios pagados por nuestro plan		Lo que usted debe pagar
	Cuidados en hospicio (continuación) **Nota:** Si necesita cuidados que no sean de hospicio, debe llamar a su administrador de atención para disponer los servicios. El cuidado que no es de hospicio es atención que no está relacionada con su pronóstico terminal. Puede llamar a Servicios para Miembros al 1-844-812-6896 y al 711, de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los sábados de 8:00 a. m. a 12 p. m.	$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 • vacuna contra la COVID-19 • otras vacunas, si está en riesgo y las vacunas cumplen las reglas de cobertura de Medicare Parte B y Rhode Island Medicaid. El plan pagará otras vacunas que cumplan las reglas de cobertura de Rhode Island Medicaid o Medicare Parte D. Consulte el Capítulo 6, Sección D para obtener más información.	$0

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 ***Se requiere autorización previa.**	$0
	Servicios de apoyo en el hogar Hasta 120 horas de visitas presenciales y virtuales por año. Este beneficio de atención de acompañantes asiste a miembros con Actividades instrumentales de la vida cotidiana, como transporte, compra de alimentos y tareas domésticas ligeras.	$0

Servicios pagados por nuestro plan		Lo que usted debe pagar
	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 • 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. **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.

Servicios pagados por nuestro plan		Lo que usted debe pagar
	Cuidados en un hospital como paciente interno* (continuación) 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 e incluye los servicios de tratamiento por consumo de sustancias. ***Se requiere autorización previa.**	$0

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, o cuando su proveedor del servicio no esté disponible temporariamente o inaccesible.
	• 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

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 50 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 20 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
	Comidas El plan pagará las comidas entregadas a domicilio después del alta tras haber sido paciente hospitalizado o de haberse sometido a cirugía. Este beneficio cubre catorce (14) comidas durante dos (2) semanas y se limita a dos veces (2) por año.	$0
	Programa de Prevención de Diabetes de Medicare (Medicare Diabetes Prevention Program, 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

Servicios pagados por nuestro plan	Lo que usted debe pagar
Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare* 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 • insulina administrada a través de equipo médico duradero (como una bomba de insulina médicamente necesaria) • otros medicamentos usados con equipo médico duradero (como nebulizadores) que han sido autorizados por el plan • el medicamento para el Alzheimer, Leqembi (nombre genérico: lecanemab) que se administra por vía intravenosa (IV) • factores de coagulación que se inyecta usted mismo, si tiene hemofilia • medicamentos para trasplantes/inmunosupresores: Medicare cubre la terapia de medicamentos para trasplantes si Medicare pagó el trasplante de órgano. Usted debe tener la Parte A al momento del trasplante cubierto y debe tener la Parte B al momento de recibir los medicamentos inmunosupresores. La Parte D de Medicare cubre los medicamentos inmunosupresores si la Parte B no los cubre si usted estaba inscrito en la Parte A de Medicare al momento del trasplante del órgano **Este beneficio continúa en la página siguiente**.	$0

Servicios pagados por nuestro plan	Lo que usted debe pagar
Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare* (continuación) • 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 • algunos antígenos: Medicare cubre antígenos si el médico los prepara y una persona correctamente instruida (que puede ser usted, el paciente) los administra con la supervisión adecuada • ciertos medicamentos orales contra el cáncer: Medicare cubre algunos medicamentos contra el cáncer que toma de forma oral si el mismo medicamento está disponible en forma inyectable o el medicamento es una prodroga (forma oral de un medicamento que, cuando se toma, se descompone en el mismo ingrediente activo que se encuentra en el medicamento inyectable). A medida que se hacen disponibles nuevos medicamentos orales contra el cáncer, la Parte B puede cubrirlos. Si la Parte B no lo cubre, lo hace la Parte D • medicamentos orales contra las náuseas: Medicare cubre medicamentos orales contra las náuseas que usted usa como parte de un régimen quimioterapéutico contra el cáncer si se administran antes de la quimioterapia, durante ella o en un plazo de 48 horas del tratamiento o se usa como un reemplazo terapéutico completo de un medicamento intravenoso contra las náuseas **Este beneficio continúa en la página siguiente.**	$0

Servicios pagados por nuestro plan	Lo que usted debe pagar
Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare* (continuación) • algunos medicamentos orales para la enfermedad renal en etapa terminal (*End-Stage Renal Disease*, ESRD) si el mismo medicamento está disponible en forma inyectable y el beneficio de la ESRD de la Parte B lo cubre • medicamentos calcimiméticos bajo el sistema de pago de ESRD, lo que incluye medicación intravenosa Parsabiv y el medicamento oral Sensipar • ciertos medicamentos para diálisis en el hogar, como heparina, el antídoto para heparina (cuando sea médicamente necesario) y anestésicos tópicos • agentes estimulantes de la eritropoyesis: Medicare cubre la eritropoietina inyectable si tiene ESRD o necesita este medicamento para tratar la anemia relacionada con algunas otras afecciones (como Epogen®, Procrit®, Retacrit® Epoetin Alfa, Aranesp®, o Darbepoetin Alfa, Aranesp®, Darbepoetin Alfa®, Mircera®, o metoxi-polietilenglicol-epoetina beta) • globulina inmune intravenosa para el tratamiento en el hogar de enfermedades de inmunodeficiencia primaria • nutrición parenteral y enteral (IV y alimentación por sonda) El siguiente enlace lo lleva a una lista de medicamentos de la Parte B que pueden estar sujetos a tratamiento escalonado: https://www.nhpri.org/providers/provider-resources/pharmacy/medical-step-therapy-criteria. También cubrimos algunas vacunas en nuestro beneficio de medicamentos de receta de la Parte B y la Parte D de **Este beneficio continúa en la página siguiente.**	$0

Servicios pagados por nuestro plan	Lo que usted debe pagar
Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare* (continuación) Medicare. En el Capítulo 5, Sección B3, 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 C, se explica lo que usted pagará por sus medicamentos de receta 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. **Es posible que se requiera tratamiento escalonado para las siguientes categorías de medicamentos recetados de la Parte B: • Factores de coagulación para la hemofilia • Medicamentos contra la enfermedad inflamatoria autoinmune/crónica • Medicamentos hematológicos y oncológicos • Antieméticos • Medicamentos contra la gota • Inmunoglobulina (Inmunoglobulina intravenosa [Intravenous Immunoglobulin, IVIG] e Inmunoglobulina subcutánea [Subcutaneous Immunoglobulin, SCIG]) • Agentes MS (esclerosis múltiple) • Medicamentos contra la 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 **Este beneficio continúa en la página siguiente.**	$0

Servicios pagados por nuestro plan		Lo que usted debe pagar
	Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare* (continuación) • Ácidos hialurónicos • Medicamentos antiasmáticos • Agentes endocrinos y metabólicos • Andrógenos • Enzima colagenasa bacteriana • Agentes de la distrofia muscular de Duchenne • Antimicóticos relacionados con imidazol • Corticotropina • Medicamentos contra el Angioedema Hereditario (Hereditary Angioedema, HAE) • Agentes sistémicos de lupus eritematoso (SLE) • Inmunización pasiva y agentes de tratamiento anticuerpos monoclonales • Medicamentos contra la polineuropatía asociada con amiloidosis • Agentes ALS • Medicamentos contra la acromegalia • Medicamentos contra los síndromes periódicos asociados a la criopirina • Terapia para la migraña • Medicamentos contra la depresión/PDD • Medicamentos para la atrofia muscular espinal (Spinal Muscular Atrophy, SMA) • Medicamentos para la hipertensión arterial pulmonar (Pulmonary arterial hypertension, PAH) **Este beneficio continúa en la página siguiente.**	$0

Servicios pagados por nuestro plan		Lo que usted debe pagar
	Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare* (continuación) • Agentes estimulantes de la eritropoyesis (Erythropoiesis stimulating agents, ESA) • Toxinas botulínicas ***Se requiere autorización previa.**	$0

Servicios pagados por nuestro plan	Lo que usted debe pagar
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 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 • 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.**	$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. Este pago se denomina “participación en el costo” y el monto lo determina Rhode Island Medicaid.

Servicios pagados por nuestro plan		Lo que usted debe pagar
	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
	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 (OTP) El plan pagará los siguientes servicios para tratar el trastorno por consumo de opioides (OUD): • actividades de consumo • evaluaciones periódicas • medicamentos aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) y, si corresponde, manejar y administrar estos medicamentos • consejería para trastornos por uso de sustancias • terapia individual y grupal • pruebas de medicamentos o químicos en su cuerpo (pruebas de toxicología)	$0

Servicios pagados por nuestro plan		Lo que usted debe pagar
	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 • 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.**	$0

Servicios pagados por nuestro plan	Lo que usted debe pagar

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”.
  ○ Puede obtener más información sobre pacientes internos o externos en esta hoja informativa: www.medicare.gov/media/11101
• 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.**
	$0

Servicios pagados por nuestro plan		Lo que usted debe pagar
	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, • un consejero profesional con licencia (LPC), • un terapeuta familiar y de matrimonio con licencia (LMFT), • una enfermera con licencia (NP), • un auxiliar médico (PA), **o** • cualquier otro profesional del cuidado de la salud mental certificado por Medicare y Rhode Island Medicaid, según las leyes aplicables del Estado. El plan pagará por los siguientes servicios: • servicios clínicos • tratamiento individual, grupal y familiar • servicios de emergencia de intervención y estabilización de crisis • 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 • tratamiento de día o de noche **Este beneficio continúa en la página siguiente.**	$0

Servicios pagados por nuestro plan		Lo que usted debe pagar
	Cuidados de salud mental para pacientes externos* (continuación) • 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 • servicios residenciales de tratamiento de salud mental de corto y largo plazo • hospitalización parcial La hospitalización parcial es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo. Se ofrece como un servicio ambulatorio de hospital o de un centro comunitario de salud mental. Es más intenso que la atención que recibiría en el consultorio de su médico o terapeuta. Le puede ayudar a evitar una hospitalización. • tratamiento intensivo como paciente externo El servicio ambulatorio intensivo es un programa de tratamiento de terapia activa de salud conductual (mental) que se brinda como un servicio ambulatorio de hospital, de un centro de salud mental comunitario, de un centro de salud calificado federalmente o de una clínica de salud rural. Es más intenso que la atención que recibiría en el consultorio de su médico o terapeuta, pero es menos intenso que una hospitalización parcial. También es posible que el plan pague otros servicios que no están incluidos aquí. ***Es posible que se requiera una autorización previa.**	$0

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. • El plan cubre un total de 24 visitas de fisioterapia para pacientes ambulatorios. • El plan cubre un total de 24 visitas de terapia ocupacional para pacientes ambulatorios. • El plan cubre un total de 24 visitas de terapia del habla para pacientes ambulatorios. Usted puede recibir servicios de rehabilitación para pacientes externos de un hospital, de terapeutas independientes, de instituciones de rehabilitación integral para pacientes externos (comprehensive outpatient rehabilitation facilities, CORF) y de otras instituciones.	$0

Servicios pagados por nuestro plan		Lo que usted debe pagar
	Servicios de tratamiento como paciente externo para trastornos 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 recetas de otros medicamentos como Suboxone® • servicios de salud en el hogar del Programa de Tratamiento de Opioides (Opioid Treatment Program, 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.	$0
	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 pagados por nuestro plan		Lo que usted debe pagar
	Servicios de médico o proveedor, incluidas visitas 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 de cuidados primarios, si su proveedor lo indica para ver si usted necesita tratamiento • Ciertos servicios adicionales de telesalud, entre los que se encuentran: ○ Servicios de médico de atención primaria ○ Servicios de médicos especialistas ○ Sesiones individuales para servicios especializados de salud mental ○ Sesiones grupales para servicios especializados de salud mental ○ Otro profesional de cuidados de salud ○ Sesiones individuales para servicios psiquiátricos ○ Sesiones grupales para servicios psiquiátricos ○ Sesiones individuales por abuso de sustancias para pacientes ambulatorios. ○ Sesiones grupales por abuso de sustancias para pacientes ambulatorios. **Este beneficio continúa en la página siguiente.**	$0

Servicios pagados por nuestro plan		Lo que usted debe pagar
	Servicios de médico o proveedor, incluidas visitas en consultorios (continuación)* • Ciertos servicios adicionales de telesalud: o Servicios de educación sobre enfermedades renales. o Capacitación para la autogestión de la diabetes. o Otros servicios preventivos cubiertos por Medicare. • Tiene la opción de obtener estos servicios a través de una visita en persona o mediante telesalud. Si opta por obtener uno de estos servicios mediante telesalud, debe utilizar un proveedor de la red que ofrezca estos servicios. • Servicios de telesalud para visitas mensuales relacionadas con la enfermedad renal en etapa terminal (End-Stage Renal Disease, ESRD) para miembros de diálisis domiciliaria en un centro de diálisis renal hospitalario o de acceso crítico, centro de diálisis renal o el hogar del miembro. • Servicios de telesalud para diagnosticar, evaluar o tratar los síntomas de un accidente cerebrovascular • Servicios de telesalud para miembros con un trastorno por abuso de sustancias o trastorno de salud mental simultáneo • Servicios de telesalud para diagnosticar, evaluar o tratar los problemas de salud mental si: o tiene una visita en persona dentro de los 6 meses antes de su primera visita mediante telesalud **Este beneficio continúa en la página siguiente.**	$0

Servicios pagados por nuestro plan		Lo que usted debe pagar
	Servicios de médico o proveedor, incluidas visitas en consultorios (continuación)* • Servicios de telesalud para diagnosticar, evaluar o tratar los problemas de salud mental si: o tiene una visita en persona cada 12 meses mientras recibe estos servicios de telesalud o puede haber excepciones a lo anterior por determinadas circunstancias • Servicios de telesalud para visitas en salud mental proporcionadas por las clínicas de salud rurales y los centros de salud federalmente calificados • Registros virtuales (por ejemplo, por teléfono o video chat) con su médico durante 5 a 10 minutos si: o no es un paciente nuevo y o el registro no está relacionado con una visita al consultorio en los últimos 7 días y o 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 envíe a su médico e interpretación y seguimiento por parte de su médico en menos de 24 horas si: o no es un paciente nuevo y o 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 **Este beneficio continúa en la página siguiente.**	$0

Servicios pagados por nuestro plan		Lo que usted debe pagar
	Servicios de médico o proveedor, incluidas visitas en consultorios (continuación)* • 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 una cirugía • 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: o cirugía de mandíbula o estructuras relacionadas, o reposición de fracturas de mandíbula o huesos faciales, o extracción dental antes de tratamiento de radiación de cáncer neoplásico, **o** o servicios que estarían cubiertos cuando los proporcione un médico. ***Es posible que se requiera una autorización previa.**	$0
	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

Servicios pagados por nuestro plan		Lo que usted debe pagar
	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 (prostate specific antigen, PSA) Este servicio se limita a una (1) evaluación cada doce (12) meses para miembros mayores de 50 años.	$0

Servicios pagados por nuestro plan		Lo que usted debe pagar
	Dispositivos prostéticos, ortopédicos y suministros relacionados* Los dispositivos prostéticos reemplazan la totalidad o una parte o función del cuerpo. Estos incluyen, entre otros, los siguientes: • prueba, ajuste y capacitación para el uso de dispositivos prostéticos y ortopédicos • 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 y ortopédicos. El plan también pagará por la reparación o por el reemplazo de dispositivos prostéticos y ortopédicos. El plan ofrece cierta cobertura después de una operación de cataratas. Consulte la parte de “Cuidado de la vista”, más adelante, para conocer los detalles. El plan no pagará las prótesis dentales. Es posible que el plan pague otros dispositivos que no están incluidos aquí. ***Es posible que se requiera una autorización previa.**	$0

Servicios pagados por nuestro plan		Lo que usted debe pagar
	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
	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 pagados por nuestro plan		Lo que usted debe pagar
	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 ***Es posible que se requiera una autorización previa.**	$0
	Exámenes de detección y consejería para tratar infecciones de transmisión sexual (sexually transmitted infections, 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

Servicios pagados por nuestro plan		Lo que usted debe pagar
	Cuidados en una Institución de Enfermería Especializada (skilled nursing facility, 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 **Este beneficio continúa en la página siguiente.**	$0

Servicios pagados por nuestro plan		Lo que usted debe pagar
	Cuidados en una Institución de Enfermería Especializada (skilled nursing facility, SNF)* (continuación) • 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 o pareja de hecho al momento en que usted deja el hospital ***Se requiere autorización previa.**	$0
	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 puede requerir autorización previa para algunos equipos y dispositivos.**	$0

Servicios pagados por nuestro plan		Lo que usted debe pagar
	Terapia de ejercicio supervisada (Supervised exercise therapy, SET) El plan pagará terapia de ejercicio supervisada (SET) para los miembros con enfermedad arterial periférica sintomática (peripheral artery disease, 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

Servicios pagados por nuestro plan		Lo que usted debe pagar
	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 debido a que, dadas sus circunstancias, no es posible, o no es razonable, obtener servicios de proveedores de la red (por ejemplo, cuando se encuentra fuera del área de cobertura del plan y usted requiere servicios médicos inmediatos para una afección imprevista, que no es una emergencia médica). ***La cobertura se limita a los Estados Unidos y sus territorios.**	$0

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

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 (long-term services and supports, LTSS) para los miembros que los necesiten y sean elegibles para LTSS a través de Rhode Island Medicaid. Es posible que tenga que pagar parte del costo de los servicios. Este pago se denomina "participación en el costo" y el monto que usted paga lo determina Rhode Island Medicaid.

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 múltiples niveles de vivienda asistida según sus necesidades médicas. ***Se requiere autorización previa.**	Determinado por Rhode Island Medicaid
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 Rhode Island Medicaid
Servicios de ayuda de día El plan pagará por servicios para ayudarle a desarrollar habilidades sociales y de autoayuda.	Determinado por Rhode Island Medicaid
Respaldos de empleo El plan pagará por servicios como supervisión, transporte o capacitación, para ayudarle a obtener o conservar un trabajo.	Determinado por Rhode Island Medicaid
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 Rhode Island Medicaid

Servicios de LTSS	Lo que usted debe pagar
Comidas a domicilio El plan pagará hasta una comida diaria cinco días por semana que será entregada en su hogar.	Determinado por Rhode Island Medicaid
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 Rhode Island Medicaid
Personal de enfermería privada El plan pagará por cuidados individuales y continuos proporcionados en su hogar por enfermeras tituladas.	Determinado por Rhode Island Medicaid
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 Rhode Island Medicaid
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 Rhode Island Medicaid
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 Rhode Island Medicaid

Servicios de LTSS	Lo que usted debe pagar
RIte @ 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 Rhode Island Medicaid
Servicios y respaldos autodirigidos Si usted está en el programa de atención autodirigida, el plan pagará: • servicios, equipo y suministros que lo ayuden a vivir en la comunidad • servicios para ayudarle a dirigir y pagar sus propios servicios	Determinado por Rhode Island Medicaid
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 Rhode Island Medicaid
Servicios de personal de enfermería especializada* El plan pagará por servicios de enfermería especializada. ***Es posible que se requiera una autorización previa.**	Determinado por Rhode Island Medicaid

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 Rhode Island Medicaid.

E1. Cuidados paliativos

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. Usted puede obtener cuidados de cualquier programa de hospicio certificado por Medicare. El plan debe ayudarlo a encontrar un plan de hospicio certificado por Medicare. 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.

Por servicios cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare que no están relacionados con su pronóstico médico terminal:

- 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 F.

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. Puede llamar a Servicios para Miembros al 1-844-812-6896 y 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.

E2. Servicios dentales

Rhode Island Medicaid cubre cuidados dentales regulares, como limpiezas, empastes o dentaduras postizas**. Para obtener atención dental regular, busque un proveedor que acepte Rhode Island Medicaid y use su tarjeta de identificación ("anclaje") de Rhode Island Medicaid.** En algunos casos, la atención dental habitual se requiere 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 Rhode Island Medicaid 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 al RIPTA al 1-401-784-9500 (TTY 1-800-745-5555) para obtener más información o visite www.ripta.com/reducedfareprogram.

Si usted no puede utilizar el pase de autobús RIPTA, Rhode Island Medicaid cubre servicios de transporte médico para casos que no sean de emergencia (NEMT) para traslados a citas médicas y dentales o a otras citas relacionadas con la salud. Si necesita transporte para situaciones que no sean de emergencia, llame al 1-855-330-9131 (TTY 711), de lunes a viernes, de 5:00 a. m. a 6:00 p. m. o a Neighborhood INTEGRITY al 1-844-812-6896 (TTY 711). Al programar NEMT, use su tarjeta de identificación (“anclaje”) de Rhode Island Medicaid. También puede programar NEMT de rutina a través del portal para miembros en línea en www.mtm-inc.net/rhode-island/.

Puede solicitar transporte para atención de urgencia las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Programa el transporte en los casos que no revisten urgencia por lo menos con 48 horas de anticipación a la cita.

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

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 Rhode Island Medicaid. Llame a Neighborhood INTEGRITY al 1-844-812-6896 (TTY 711) si no está seguro si los servicios que usted necesita están cubiertos por el plan o por Rhode Island Medicaid.

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 Rhode Island Medicaid para ayudarle con sus problemas de vivienda. Si tiene alguna pregunta sobre los servicios que cubre Rhode Island Medicaid 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 Rhode Island Medicaid 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. Incluso si recibe los servicios en un centro de emergencias, el plan no pagará dichos servicios. Si usted cree que debemos pagarle por un servicio que no está cubierto, puede presentar una apelación. Para obtener información sobre cómo apelar, consulte el Capítulo 9.

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 Rhode Island Medicaid, 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, Sección K, para obtener más información sobre estudios clínicos de investigación. 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 Rhode Island Medicaid paguen por ello.
- 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 o pareja de hecho, 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, antienvejecimiento y desempeño mental), excepto cuando sean médicamente necesarios.

- Cirugía cosmética u otros tratamientos cosméticos, a menos que sean necesarios debido a una lesión accidental o para mejorar una parte deformada del cuerpo. Sin embargo, el plan pagará por la reconstrucción de un seno después de una mastectomía y para el tratamiento del otro seno para que tengan la misma forma.
- 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.

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

Introducción

En este capítulo se explican las normas parar 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.

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, que debe ser válido de acuerdo con las leyes estatales correspondientes. A menudo, esta persona es su proveedor de cuidados primarios (primary care provider, PCP). Puede ser otro proveedor si su proveedor de cuidados primarios lo ha referido para su atención.

2. Quien hace la receta no puede estar en las listas de exclusión y de impedimento de Medicare.

3. Generalmente, deberá usar una farmacia de la red para surtir sus medicamentos de receta. O puede surtir sus medicamentos de receta a través del servicio de pedido por correo del plan.

4. Sus medicamentos de receta deben estar en la *Lista de medicamentos cubiertos* del plan. Para abreviar, la llamamos “Lista de medicamentos”. (Consulte la sección B de este capítulo).

- Si no está en la Lista de medicamentos, es posible que podamos cubrirlo otorgándole una excepción.
- Consulte el Capítulo 9, Sección F para saber cómo solicitar una excepción.

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

6. Es posible que su medicamento requiera autorización antes de que podamos cubrirlo. Consulte la Sección C.

Índice

A. Cómo obtener el suministro de sus medicamentos de receta 120
A1. Cómo obtener sus medicamentos recetados en una farmacia de la red 120
A2. Uso de su tarjeta de identificación de miembro cuando surta una receta 120
A3. Qué debe hacer si quiere cambiar a otra farmacia de la red 120
A4. Qué hacer si su farmacia abandona la red 120
A5. Uso de una farmacia especializada 121
A6. Uso del servicio de pedido por correo para recibir sus medicamentos 121
A7. Cómo obtener un suministro a largo plazo de medicamentos 123
A8. Uso de una farmacia que no esté en la red del plan 123
A9. Reintegro si usted paga un medicamento de receta 124
B. La Lista de medicamentos del plan 124
B1. Medicamentos en la Lista de Medicamentos 124
B2. Cómo encontrar un medicamento en la Lista de Medicamentos 125
B3. Medicamentos que no están en la Lista de Medicamentos 125
B4. Niveles de la Lista de Medicamentos 126

C. Límites en algunos medicamentos 126

D. Motivos por los cuales su medicamento pudiera no estar cubierto 128

D1. Cómo recibir un suministro temporal 128

E. Cambios en la cobertura de sus medicamentos 130

F. Casos especiales de cobertura de medicamentos 133

F1. Si usted está en un hospital o en una institución de enfermería especializada durante una estadía cubierta por el plan 133

F2. Si está en un establecimiento de cuidados a largo plazo 133

F3. Si está en un programa de hospicio certificado por Medicare 133

G. Programas sobre seguridad de los medicamentos y administración de medicamentos 134

G1. Programas para ayudar a los miembros a usar los medicamentos de forma segura 134

G2. Programas para ayudar a los miembros a administrar sus medicamentos 135

G3. Programa de administración de medicamentos para ayudar a los miembros a usar de manera segura sus medicamentos opioides 135

G4. Programas para ayudar a los miembros a desechar de manera segura de los medicamentos con receta no usados y de sustancias controladas 137

A. Cómo obtener el suministro de sus medicamentos de receta

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 utilizar 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

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 o puede solicitar a la farmacia que busque la información de inscripción de su plan.

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 B.
- Llame a Servicios para Miembros 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 la reposición de un medicamento de receta, puede pedirle al proveedor que le emita una nueva receta médica o pedirle a su farmacia que transfiera la actual a la nueva farmacia si quedan reposiciones.

Llame a Servicios para Miembros 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.

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.

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.
- Las farmacias que despachan los medicamentos que la FDA restringe a ciertos lugares o que necesitan un manejo especial, la coordinación por parte del proveedor o una capacitación sobre cómo se usan. (Nota: Esta situación debería ocurrir con poca frecuencia).

Para buscar una farmacia especializada, puede consultar *Directorio de Proveedores y Farmacias*, visitar nuestro sitio web o comunicarse con Servicios para Miembros.

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 pedidos 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.

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 pedidos por correo le llega entre 7 y 10 días hábiles. 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 médicas que la farmacia recibe de usted**

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

2. **Nuevas recetas médicas 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 llamando al 1-844-268-1908 (TTY 711).

   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 al 1-844-268-1908.

   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 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 al 1-844-268-1908.

3. Reposición de medicamentos con receta de pedidos por correo

Para las reposiciones, comuníquese con su farmacia 15 días antes de que expire su receta para estar seguro de que el pedido siguiente le llegue a tiempo.

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. Puede actualizar esta información llamando al 1-844-268-1908 o visitando www.caremark.com.

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.

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 para conocer el servicio de pedidos 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 servicio 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 la Agencia Federal de Gestión de Emergencias (Federal Emergency Management Agency, FEMA)
- El tratamiento de una enfermedad mientras viaja fuera del área de servicio del plan pero dentro de los Estados Unidos, donde no hay una farmacia de la red.

En estos casos, consulte primero con Servicios para Miembros para averiguar 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, consulte el Capítulo 7.

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 profesionales que recetan y farmacéuticos. La Lista de medicamentos también le permite saber si tiene que cumplir alguna regla para obtener sus medicamentos.

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 medicamentos genéricos y biosimilares.

Un medicamento de marca es un medicamento de venta bajo receta que se vende con un nombre de marca comercial propiedad del fabricante de medicamentos. Los medicamentos biológicos que son más complejos que los medicamentos comunes. En la lista de medicamentos, cuando decimos “medicamentos”, podría referirse a un medicamento o a un producto biológico, tales como una vacuna o la insulina.

Los medicamentos genéricos poseen los mismos ingredientes que los medicamentos de marca. Los productos biológicos tienen alternativas denominadas biosimilares. En general, los medicamentos genéricos y los biosimilares tienen la misma efectividad que los medicamentos de marca o los productos biológicos, y su costo suele ser menor. Existen a su disposición sustitutos de medicamentos genéricos de muchos medicamentos de marca y alternativas biosimilares para algunos productos biológicos originales. Algunos biosimilares son intercambiables y, según la ley del estado, pueden sustituirse por el producto biológico original en la farmacia sin necesidad de una nueva receta, del mismo modo que los medicamentos genéricos pueden sustituirse con medicamentos de marca.

Consulte el Capítulo 12 para conocer las definiciones de los tipos de medicamentos que pueden aparecer en la *Lista de medicamentos*.

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 a Servicios 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:

- Visitar 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.
- Use nuestra “Real Time Benefit Tool” (Herramienta de beneficios en tiempo real) en www.caremark.com o llame a Servicios para Miembros. Con esta herramienta, se pueden buscar medicamentos en la Lista de medicamentos y si hay medicamentos alternativos en dicha lista que puedan tratar la misma afección.

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, Sección D.)

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
- 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 (over-the-counter, OTC)

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

En el Capítulo 6, Sección C, 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, deberían 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, Sección F.

1. Limitar el uso de medicamentos de marca comercial o productos biológicos originales cuando, respectivamente, está disponible una versión genérica o biosimilar intercambiable

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, si 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 o el producto biológico original cuando exista una versión genérica.
- Sin embargo, si su proveedor nos informa la justificación médica por la que el medicamento genérico no funciona para usted ***o*** ha indicado la justificación 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

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. Motivos por los cuales su medicamento pudiera 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, 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 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** si el medicamento ya no está en la lista de medicamentos del plan o si este tiene algún tipo de restricción.
    - 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.
    - 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.
        - 31 días si usted vive en un establecimiento de cuidado a largo plazo.
    - Si la receta médica está emitida por menos días, autorizaremos varias reposiciones para proveer hasta un suministro máximo de medicamento para *30* días de un medicamento incluido en la Parte D o para *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 médica está emitida 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 como mínimo.

- Para solicitar un suministro temporal de un medicamento, comuníquese con Servicios 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 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, Sección F.

Si necesita ayuda para solicitar una excepción, puede comunicarse con Servicios para 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 (PA) para un medicamento. (PA 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 de medicamentos, **o**
- nos enteremos de que el medicamento no es seguro, **o**
- el medicamento sea retirado del mercado.

¿Qué pasa si cambia la cobertura para un medicamento que está tomando?

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.

Cambios que podemos hacer a la *Lista de medicamentos* que lo afectan durante el año del plan actual

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

- Un medicamento genérico nuevo está disponible. A veces, un medicamento genérico o biosimilar nuevo sale al mercado y brinda los mismos beneficios que un medicamento de marca o producto biológico original que está actualmente en la Lista de Medicamentos. Cuando eso sucede, puede que retiremos el medicamento de marca y agreguemos el medicamento genérico nuevo, pero el valor del nuevo medicamento será

el mismo para usted.

Cuando agregamos el medicamento genérico nuevo, también podemos decidir mantener el medicamento de marca en la lista pero cambiar las reglas o los límites de la 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 que puede seguir para solicitar la excepción. Consulte el Capítulo 9, Sección F de la presente guía para más información sobre las excepciones.

- **Un medicamento es retirado del mercado**. Si la Administración de Medicamentos y Alimentos (FDA) indica que un medicamento que usted utiliza no es seguro o no es eficaz o el fabricante lo retira del mercado, podemos retirar el medicamento inmediatamente de la Lista de Medicamentos. Si usted está tomando el medicamento, le enviaremos un aviso después de hacer el cambio. Dicho aviso le indicará de qué manera actuar, como hablar con quien le receta el medicamento o el farmacéutico sobre lo cómo seguir.

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. Estos cambios pueden producirse si:

- la FDA proporciona nuevas pautas o se publican nuevas directrices clínicas sobre un medicamento,

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 continuar cubriendo el medicamento o la versión del medicamento que ha estado tomando. Para obtener más información sobre cómo pedir excepciones, consulte el Capítulo 9, Sección F.

Cambios a la *Lista de medicamentos* que no lo afectan durante el año del plan actual

Es posible que hagamos cambios a los medicamentos que usted toma que no describen en lo anterior y 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.

Si alguno de estos cambios ocurre para un medicamento que esté tomando (salvo por los cambios que se mencionan en la sección anterior), el cambio no afectará el uso que usted haga del medicamento hasta el 1 de enero del siguiente año.

No le informaremos sobre este tipo de cambios directamente durante el año en curso. Usted tendrá que verificar la *Lista de medicamentos* para el siguiente año del plan (cuando la lista esté disponible durante el periodo de inscripción abierta) para ver si hay algún cambio que lo afecte durante el siguiente año del plan.

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 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 ciertos medicamentos (por ej., 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, Sección E.

G. Programas sobre seguridad de los medicamentos y administración de 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 similar 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 medicamentos para diferentes enfermedades y está en un programa de administración de medicamentos para ayudarlo a usar los opioides de manera segura, es posible que sea elegible para recibir servicios, sin costo alguno para usted, a través de un programa de administración de tratamiento farmacológico (medication therapy management, MTM). Este programa lo ayuda a usted y a su proveedor a asegurarse de que sus medicamentos estén trabajando para mejorar su salud. Si califica para el programa, 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. Además, obtendrá información sobre la eliminación segura de medicamentos de receta que son sustancias controladas.

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 a Servicios para Miembros 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 de receta y otros medicamentos de los que se abusa con

frecuencia. Este programa se denomina Programa de Administración de Medicamentos (Drug Management Program, DMP).

Si usa medicamentos opioides que obtiene de varios profesionales que hacen recetas o farmacias o si tuvo una sobredosis reciente de opioides, podemos hablar con el profesional que se los recetó para asegurarnos de que su uso de opioides sea apropiado y médicamente necesario. Trabajando junto con los profesionales que le hacen recetas, si decidimos que su uso de medicamentos opioides o benzodiacepinas de receta no es seguro, podemos limitar cómo puede obtener dichos medicamentos. Las limitaciones pueden incluir:

- Requerir de usted que obtenga todas las recetas de esos medicamentos **de determinada farmacia** o **de un determinado profesional que haga recetas**
- **Limitar la cantidad** de dichos medicamentos que cubriremos para usted

Si creemos que deben aplicársele una o varias limitaciones, le enviaremos una carta por adelantado. La carta le indicará si limitaremos la cobertura de esos medicamentos para usted, o si deberá obtener las recetas para estos medicamentes solo de un proveedor o una farmacia específicos.

Usted tendrá la oportunidad de decirnos cuáles profesionales que hacen recetas o farmacias prefiere usar y cualquier información que considere importante que sepamos. Si decidimos limitar su cobertura para estos medicamentos después de que tenga la oportunidad de responder, le enviaremos otra carta que confirme las limitaciones.

Si cree que cometimos un error, no está de acuerdo con estar en riesgo de abuso de medicamentos de receta, o no está de acuerdo con la limitación, usted y su médico pueden presentar una apelación. Si presenta una apelación, revisaremos su caso y le informaremos cuál es nuestra decisión. Si continuamos denegando cualquier parte de su apelación relacionada con las limitaciones de su acceso a estos medicamentos, automáticamente enviaremos su caso a una Entidad de Revisión Independiente (Independent Review Entity, IRE) (para saber cómo presentar una apelación y obtener más información sobre la IRE, consulte el Capítulo 9, Sección E).

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

- usted tiene ciertas afecciones médicas, como cáncer o anemia drepanocítica,
- está recibiendo cuidados terminales, paliativos o al final de su vida, **o**
- vive en un centro de cuidados a largo plazo

G4. Programas para ayudar a los miembros a desechar de manera segura de los medicamentos con receta no usados y de sustancias controladas

Es importante deshacerse de los medicamentos recetados no usados en su hogar. Puede hacer lo siguiente:

- Llevarlos a una caja de desecho para medicamentos o evento de devolución
- Desechar las agujas de manera Segura en ENCORE Needle Exchange.
    - Visite 557 Broad Street, Providence, RI, 02907
    - Llame al 1-401-781-0665 para obtener más información.

La mayoría de los analgésicos recetados son sustancias controladas y pueden ser adictivas en algunas circunstancias, especialmente si no se usan correctamente. Para deshacerse de los analgésicos recetados, asegúrese de que la ubicación para desecho de medicamentos acepte sustancias controladas. Para obtener más información, hable con su farmacéutico local o visite www.preventoverdoseri.org/get-rid-of-meds/.

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 Rhode Island Medicaid, **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” (Low-Income Subsidy).

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 a Servicios 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.
- 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 A.
  - Puede usar la “Real Time Benefit Tool” para buscar la cobertura de un medicamento (consulte la Sección B2 del Capítulo 5) y medicamentos alternativos para una enfermedad específica. Puede llamar a Servicios para Miembros para obtener más información.

Índice

A. Explicación de los beneficios (Explanation of Benefits, EOB) 140

B. Cómo hacer seguimiento de los costos de sus medicamentos 141

C. Usted no paga nada por un suministro de medicamentos que recibe por un mes o a largo plazo 142

C1. Los niveles del plan 142

C2. Sus opciones de farmacia 142

C3. Cómo obtener un suministro a largo plazo de un medicamento 142

C4. Lo que usted paga 143

D. Vacunas 144

D1. Lo que debe saber antes de su vacunación 144

A. Explicación de los beneficios (Explanation of Benefits, 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. Esto incluye lo que usted pagó cuando obtuvo un medicamento cubierto de la Parte D, los pagos para sus medicamentos hechos por familiares o amigos, los pagos hechos para sus medicamentos por la "Ayuda adicional" de Medicare, los planes de salud del empleador o el sindicato, TRICARE, Indian Health Service, los programas de asistencia con medicamentos para el SIDA, beneficencias y la mayoría de los programas de asistencia farmacéutica del estado (State Pharmaceutical Assistance Programs, SPAP).
- Sus **costos totales de medicamentos**. Este es el total de todos los pagos hechos por sus medicamentos cubiertos de la Parte D. Incluye lo que pagó el plan y lo que otros programas u organizaciones pagaron por sus medicamentos cubiertos de la Parte D.

Cuando usted recibe medicamentos de receta a través del plan, le enviamos un resumen llamado *Explicación de los beneficios.* Lo llamamos EOB para abreviar. La EOB tiene más información sobre los medicamentos que toma. La EOB incluye:

- **Información del mes.** El resumen dice qué medicamentos de receta recibió usted para el mes anterior. 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 de un año a la fecha.** Esta representa el total de sus costos por medicamentos y los pagos totales hechos desde el 1 de enero.
- **Información sobre los medicamentos.** Este es el precio total del medicamento y el cambio porcentual en el precio del medicamento desde su primera reposición.
- **Alternativas de costo más bajo**. Cuando estén disponibles, aparecen en el resumen abajo sus medicamentos actuales. Puede hablar con su médico autorizado para emitir recetas para obtener más información.

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, consulte 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 cubiertos por los que haya pagado. Puede pedirnos que le devolvamos lo que usted pagó por el medicamento.

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 B.

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 las EOB que le enviamos.

Cuando usted reciba por correo una EOB, por favor, asegúrese de que esté completa y correcta. Si le parece que hay algún error o que algo falta, o si tiene alguna pregunta, llame a Servicios para Miembros. Tiene la opción de recibir su Explicación de Beneficios de la Parte D electrónicamente. Esta proporciona la misma información y en el mismo formato que la Explicación de Beneficios impresa que recibe hoy. Para comenzar a recibir una Explicación de Beneficios sin papel, vaya a www.caremark.com para registrarse. Recibirá

una notificación por correo electrónico cuando tenga una nueva Explicación de Beneficios para su consulta. Asegúrese de guardar estas EOB. 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.

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 de marca.
- Los medicamentos del Nivel 3 son medicamentos recetados y de venta libre (over-the-counter, 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 A 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:

	Una farmacia de la red Un suministro para un mes o de hasta 90 días	**El servicio de pedido por correo del plan** Un suministro para un mes o de hasta 90 días	**Una farmacia de cuidados a largo plazo de la red** Un suministro de hasta 31 días	**Una farmacia fuera de la red** Un suministro de hasta 30 días. La cobertura se limita a ciertos casos. Consulte el Capítulo 5 para obtener más detalles
Costos compartidos Nivel 1 *(Medicamentos genéricos)*	$0	$0	$0	$0
Costos compartidos Nivel 2 *(Medicamentos de marca)*	$0	$0	$0	$0
Costos compartidos Nivel 3 *(Medicamentos de receta/de venta libre (over-the-counter, OTC) que no son de Medicare)*	$0	$0	$0	$0

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

D. Vacunas

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

Hay dos partes para nuestra cobertura de las vacunas de la Medicare Parte D:

1. La primera parte de la cobertura es para el costo de la **vacuna en sí misma.** 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.
- Podemos decirle cómo mantener bajos sus costos usando las farmacias y proveedores de la red. Las farmacias de la red son farmacias que han acordado trabajar con nuestro plan. Un proveedor de la red es un proveedor que trabaja con el plan de salud. Un proveedor de la red debe trabajar con Neighborhood INTEGRITY para garantizar que no tenga costos anticipados por una vacuna de la Parte D.

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 146

B. Cómo enviar una solicitud de pago 149

C. Decisiones sobre cobertura..... 150

D. Apelaciones 150

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 sección A.

- Si los servicios o medicamentos están cubiertos, le pagaremos directamente al proveedor.
- Si los servicios o medicamentos están cubiertos y usted ya pagó la factura, 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. Este pago se denomina “participación en el costo” y el monto lo determina Rhode Island Medicaid.

Llame a Servicios para Miembros si tiene preguntas. 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.

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. Este pago se denomina “participación en el costo” y el monto lo determina Rhode Island Medicaid.
- 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 utiliza 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 devolvamos lo que usted pagó.
- En el Capítulo 5, Sección A8, encontrará información sobre farmacias fuera de la red.
- Es posible que no le devolvamos la diferencia entre lo que usted pagó por el medicamento en la farmacia fuera de la red y la cantidad que pagaríamos en una farmacia 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.
- Es posible que no le devolvamos el costo total que haya pagado si el precio en efectivo que pagó es mayor que nuestro precio negociado para la receta.

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 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, Sección E2).
- 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. Es posible que no le devolvamos el costo total que haya pagado si el precio que pagó es mayor que nuestro precio negociado para la receta.

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, Sección D.

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.

Solicitud de pago de servicios de equipo médico y equipo médico duradero (Durable Medical Equipment, DME)

Envíenos su pedido por correo junto con las facturas o recibos a la siguiente dirección:

Neighborhood Health Plan of Rhode Island:

Attn: Member Services

910 Douglas Pike

Smithfield, RI 02917

Solicitud de pago de servicios de salud del comportamiento

Optum®

PO Box 30760

Salt Lake City, UT 84130-0760

Solicitud de pago de medicamentos recetados de la Parte D

CVS Caremark®

PO Box 52066

Phoenix, AZ 85072-2066

Para asegurarse de estar dándonos toda la información que necesitamos para tomar una decisión, usted puede completar nuestro formulario de reclamos para hacer su solicitud de pago.

- No es obligatorio usar el formulario, pero nos ayudará a procesar más rápido la información.
- Puede obtener una copia del formulario en nuestro sitio web (www.nhpri.org/INTEGRITY) o puede llamar a Servicios para Miembros y pedir el formulario.

También puede llamar a nuestro plan para solicitar el pago. Llame a Neighborhood INTEGRITY al 1-844-812-6896 o al 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.

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 usted pagó el costo total de un medicamento, es posible que no se le reembolse el importe completo que pagó (por ejemplo, si consiguió el medicamento en una farmacia fuera de la red o si el precio en efectivo que pagó es mayor que nuestro precio negociado). 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, Sección C, se explican las reglas para obtener la cobertura de sus medicamentos de receta de Medicare Parte D.

- 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 D.

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 tener más información sobre el proceso de apelación, consulte el Capítulo 9, Sección D.

- Si quiere presentar una apelación para que le reintegremos lo que pagó por un servicio de cuidado de salud, consulte la sección D2.
- Si quiere presentar una apelación para que le reintegremos lo que pagó por un medicamento, consulte la sección F1.

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 servicios e información de una manera que se adapte a sus necesidades 152

B. Nuestra responsabilidad de asegurarnos de que obtenga acceso oportuno a servicios y medicamentos cubiertos 153

C. Nuestra responsabilidad de proteger su información personal de salud (PHI)..... 154

C1. Cómo protegemos su PHI 154

C2. Usted tiene derecho a ver sus expedientes médicos 154

D. Nuestra responsabilidad de darle información sobre el plan, sus proveedores de la red y sus servicios cubiertos 155

E. Programa de Mejora de la Calidad de Neighborhood INTEGRITY 156

F. Incapacidad de los proveedores de la red para cobrarle directamente..... 157

G. Su derecho a retirarse del plan 157

H. Su derecho a tomar decisiones sobre sus cuidados de salud 157

H1. Su derecho a conocer sus opciones de tratamiento y a decidir sobre su cuidado de salud 157

H2. Su derecho a decir qué quiere que ocurra si usted no puede tomar decisiones sobre su cuidado de salud 158

H3. Qué hacer si no se siguen sus instrucciones 159

I. Su derecho a presentar quejas y a pedirnos que reconsideremos decisiones que hemos tomado..... 159

I1. Qué hacer si cree que lo están tratando injustamente o si desea obtener más información sobre sus derechos..... 160

J. Sus responsabilidades como miembro del plan 160

K. Qué debe hacer ante una sospecha de fraude..... 163

A. Su derecho a obtener servicios e información de una manera que se adapte a sus necesidades

Debemos garantizarle la prestación de **todos** los servicios de una forma culturalmente competente y accesible. Además, debemos informarle sobre los beneficios del plan y sus derechos de manera que pueda entenderlos. Debemos informarle sobre sus derechos cada año mientras esté en nuestro plan.

- Si desea obtener información que pueda entender, llame a Servicios para afiliados. Nuestro plan ofrece servicios gratuitos de interpretación para responder a las preguntas en diferentes idiomas.
- Nuestro plan también puede brindarle materiales en otros idiomas además del inglés y en formatos como letra grande, braille o audio.
- Nuestro plan también puede facilitarle materiales en español, portugués y jemer/camboyano. Puede solicitar que le entreguen este documento y futuros materiales en su idioma preferido o en un formato alternativo llamando a Servicios para afiliados. Esto se denomina "solicitud permanente". Servicios para afiliados registrará su solicitud permanente en su expediente de afiliado de modo que de ahora en adelante pueda recibir los materiales en el idioma o formato que prefiera. Puede modificar o eliminar la solicitud permanente en cualquier momento llamando a Servicios para afiliados.

Si tiene dificultades para obtener información del plan debido a problemas de idioma o una discapacidad y desea presentar una queja, comuníquese con:

- Medicare llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Puede comunicarse las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios del modo TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.
- Medicaid de Rhode Island a través de la Oficina del Departamento de Servicios Humanos (DHS) de Rhode Island llamando al 1-855-697-4347 (TTY 711). También puede acudir a la oficina local del DHS para recibir asistencia en persona. Llame al 1-855-697-4347 (TTY 711) para encontrar la oficina más cercana del DHS.
- la Oficina de Derechos Civiles al 1-800-368-1019 o TTY 1-800-537-7697.

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

Como miembro de nuestro plan:

- Usted tiene derecho a elegir un proveedor de cuidados primarios (primary care provider, 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 D.
    - 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.
    - Si no puede obtener servicios dentro de una cantidad de tiempo razonable, debemos pagar la atención fuera de la red.
- Usted tiene el derecho a recibir servicios de emergencia o cuidados de urgencia sin una autorización previa (PA).
- 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 usar 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 E, 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 E, 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.

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

Nosotros protegemos su información personal de salud (personal health information, 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 derechos relacionados a su 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.

Excepto los casos mencionados debajo, 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 (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.

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, portugués y jemer/camboyano. También puede 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
  - una lista de los proveedores y farmacias de la red del plan en 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 (consulte los capítulos 3 y 4) y medicamentos cubiertos (consulte los capítulos 5 y 6), 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 (consulte el capítulo 9), 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. 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.

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.

F. 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 (long-term services and supports, LTSS) y Rhode Island Medicaid dice que usted tiene que pagar parte del costo de estos servicios. Este pago se denomina “participación en el costo” y el monto lo determina Rhode Island Medicaid. Consulte el Capítulo 7, Sección A para saber qué hacer si un proveedor de la red trata de cobrarle por servicios cubiertos.

G. 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.
- Consulte el Capítulo 10, Sección C1 para obtener más información sobre cuándo puede unirse a un nuevo plan de beneficios de medicamentos de receta 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 de lunes a viernes, de 8:30 a. m. a 3:30 p. m.

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

H1. 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. 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 utilizar 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.
- **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 E2, encontrará cómo pedirle al plan que tome una decisión sobre cobertura.

H2. 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. Guarde 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 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.

H3. 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

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

En el Capítulo 9, Sección C, 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 a Servicios para Miembros para obtener esta información.

I1. 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 el Capítulo 11, Sección B, o si desea obtener más información sobre sus derechos, puede obtener ayuda llamando a:

- Servicios para Miembros.
- The POINT al 1-401-462-4444 (TTY 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.
- Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas del día, los 7 días de la semana. TTY 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/publications/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.

J. 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.
    - 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. Este pago se denomina “participación en el costo” y el monto lo determina Rhode Island Medicaid.
- **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 servicio, 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 servicio.

- 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.
- Tampoco se olvide de avisarle a Medicare y Medicaid su nueva dirección En el Capítulo 2, Sección 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.

K. 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 se encuentran al final de esta página.
- 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 al Departamento del Fiscal General de Rhode Island para denuncias 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,
- Línea de atención permanente de Cumplimiento de Neighborhood al 1-888-579-1551.

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

Introducción

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 usted 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 (TTY 711) 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.

Índice

A. Qué hacer si tiene un problema 167
A1. Acerca de los términos legales 167
B. Adónde llamar para pedir ayuda 167
B1. Dónde obtener más información y ayuda 167
C. Problemas con sus beneficios 169
C1. Cómo usar el proceso para decisiones sobre cobertura y apelaciones o para presentar una queja 169
D. Decisiones sobre cobertura y apelaciones 169
D1. Resumen de decisiones sobre cobertura y apelaciones 169
D2. Cómo obtener ayuda con las decisiones sobre cobertura y apelaciones 170
D3. Usar la sección de este capítulo puede ayudarlo 171
E. Problemas sobre servicios, artículos y medicamentos (que no son medicamentos de la Parte D) 173
E1. Cuándo usar esta sección 173
E2. Cómo pedir una decisión sobre cobertura 174
E3. Apelación de nivel 1 para servicios, artículos y medicamentos (que no son medicamentos de la Parte D) 176
E4. Apelación de nivel 2 para servicios, artículos y medicamentos (que no son medicamentos de la Parte D) 181
E5. Problemas de pagos 186
F. Medicamentos de la Parte D 188
F1. 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 188
F2. ¿Qué es una excepción? 190
F3. Lo que debe saber cuando pide una excepción 191
F4. 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 193
F5. Apelación de nivel 1 para medicamentos de la Parte D 196

F6. Apelación de nivel 2 para medicamentos de la Parte D 199

G. Cómo pedir que le cubramos una estadía más larga en el hospital 200

G1. Para conocer sus derechos de Medicare 201

G2. Apelación de nivel 1 para cambiar la fecha de su salida del hospital 201

G3. Apelación de nivel 2 para cambiar la fecha de su salida del hospital 204

H. 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 205

H1. Le avisaremos por anticipado cuándo terminará su cobertura 205

H2. Apelación de nivel 1 para continuar su cuidado 206

H3. Apelación de nivel 2 para continuar su cuidado 208

H4. Qué sucederá si se le pasa la fecha límite para presentar su Apelación de nivel 1 .....**Error! Bookmark not defined.**

I. Cómo llevar su apelación más allá del Nivel 2 209

I1. Pasos siguientes para servicios y artículos de Medicare 209

I2. Pasos siguientes para los servicios y artículos de Medicaid 210

J. Cómo presentar una queja 211

J1. ¿Qué tipos de problemas deberían causar una queja? 211

J2. Quejas internas 212

J3. Quejas externas 213

A. 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.

A1. Acerca de 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.

B. Adónde llamar para pedir ayuda

B1. 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 Cuidado de Salud 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 (TTY 711). Los servicios son gratuitos.

Puede obtener ayuda del Programa de asistencia de seguro de salud del estado (SHIP) y el Programa de apoyos para la inscripción en Medicare-Medicaid (MME)

Usted también puede llamar al Programa de asistencia de seguro de salud de su estado (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) para hablar con un asesor de SHIP acerca de Medicare. En Rhode Island, el SHIP se proporciona a través de la Oficina de Envejecimiento Saludable (OHA). El programa SHIP tiene consejeros capacitados en todos los estados, y los servicios son gratuitos. Para hablar con un consejero de SHIP, llame al 1-888-884-8721 (TTY: 711) y visite el sitio web en www.oha.ri.gov.

El Programa de apoyos para la inscripción en Medicare-Medicaid (MME) ofrece asesoramiento gratuito personal sobre seguros de salud a personas con Medicare y Medicaid. En Rhode Island, el MME es proporcionado a través de The POINT. Para hablar con un consejero de MME, llame al 1-401-462-4444 (TTY 711).

Para obtener más información, consulte el Capítulo 2, Sección E.

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 www.medicare.gov.

Cómo obtener ayuda de Medicaid

También puede obtener ayuda de Medicaid. Comuníquese con la línea de información del Departamento de Servicios Humanos de Rhode Island (DHS), al 1-855-697-4347 (TTY 711) para obtener ayuda con Medicaid y apoyo y servicios a largo plazo (LTSS) de DHS, comuníquese con el LTSS del DHS al 1-401-574-9915.

Cómo obtener ayuda de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad (Quality Improvement Organization, QIO) de Rhode Island

Rhode Island cuenta con una organización llamada Acentra Health. 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. Acentra Health no está vinculado con Neighborhood INTEGRITY.

- Llame al 1-888-319-8452 de lunes a viernes de 10 a. m. a 4 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 711. 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:
  Acentra Health
  5201 West Kennedy Blvd, Suite 900
  Tampa, FL 33609

- Visite el sitio web de Acentra Health en: www.acentraqio.com/

C. Problemas con sus beneficios

C1. Cómo usar el proceso para decisiones sobre cobertura y apelaciones o para 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 (artículos médicos, servicios y/o medicamentos de receta de la Parte B), y problemas relacionados con los pagos por cuidados médicos.)	
Sí. Mi problema está relacionado con beneficios o cobertura. Consulte la Sección D**: "Decisiones sobre cobertura y apelaciones"**.	**No.** Mi problema no está relacionado con beneficios ni cobertura. Vaya a la Sección J**: "Cómo presentar una queja"**.

D. Decisiones sobre cobertura y apelaciones

D1. 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 para su atención médica (servicios, artículos y medicamentos recetados de la Parte B, incluido el pago). Para simplificar las cosas, generalmente nos referimos a elementos médicos, servicios y medicamentos recetados de la Parte B como **atención médica**.

¿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.

D2. 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.
- 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 tienen problemas con servicios o de facturación. El número de teléfono es 1-855-747-3224 (TTY 711).
- 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 (TTY 711).
- 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 www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf **o** www.nhpri.org/wp-content/uploads/2019/04/2017-INTEGRITY-AOR-Form-CMS1696-1.pdf. Por medio de este formulario, la persona está autorizada a 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.

D3. Usar la sección de este capítulo puede ayudarlo

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:**

- **La Sección E** le da información si tiene problemas sobre atención médica (que **no** sea 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 atención médica que su proveedor quiere darle y usted cree que este cuidado debería estar cubierto.

    - **NOTA:** Use la Sección E 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 F para informarse sobre las apelaciones de medicamentos incluidos en la Parte D.

  - Usted recibió cuidado médico que usted cree que debería estar cubierto, pero nosotros no hemos pagado por este cuidado.

  - Usted recibió y pagó por cuidado médico que creía que estaba cubierto y quiere pedirnos que le devolvamos lo que pagó.

- Le dijeron que la cobertura del cuidado médico 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 (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF), usted deberá leer una sección aparte de este capítulo, ya que para esos tipos de servicios corresponden reglas especiales. Consulte las Secciones G y H.
- Se podría desestimar su solicitud para la toma de una decisión sobre la cobertura; esto significa que no evaluaremos la solicitud. A continuación, se presentan ejemplos de cuándo podríamos desestimar su solicitud: si la solicitud está incompleta; si una persona realiza la solicitud en su representación, pero no nos proporcionó evidencia de que usted estuvo de acuerdo en permitirle a dicha persona que realice la solicitud, o si usted pide que retiren la solicitud. Si desestimamos la solicitud para una decisión sobre la cobertura, enviaremos un aviso donde explicamos el motivo de dicha determinación y cómo pedir una revisión de la desestimación. Esa revisión es un proceso formal denominado apelación.

- **La Sección F** 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 de una autorización previa (PA).
  - 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 G** 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 H** 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.

Si necesita ayuda o más información, llame al Defensor de Cuidado de Salud RIPIN al 1-855-747-3224 (TTY 711).

E. Problemas sobre atención médica

E1. Cuándo usar esta sección

Esta sección se refiere a lo que debe hacer si tiene problemas con sus beneficios por sus cuidados médicos, como servicios médicos, 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 F 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 atención médica que necesita pero no la está recibiendo.

   Qué puede hacer: Puede pedirnos que tomemos una decisión sobre cobertura. Consulte la Sección E2 para conocer 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. Consulte la Sección E3 para obtener información sobre cómo presentar una apelación.

3. Usted recibió atención médica que creía que cubríamos pero no pagaremos por ella.

   Qué puede hacer: Usted puede apelar nuestra decisión de no pagar. Consulte la Sección E3 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. Consulte la Sección E5 para obtener información sobre cómo pedirnos un pago.

5. Redujimos o suspendimos la cobertura atención médica y usted no está de acuerdo con la decisión.

   Qué puede hacer: Usted puede apelar nuestra decisión de reducir o suspender el servicio. Consulte la Sección E3 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 (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF), corresponde la aplicación de reglas especiales. Lea las Secciones G y H para obtener más información.

E2. 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
- Puede enviarnos un fax al: 1-401-459-6023
- Puede escribirnos a:

  Neighborhood Health Plan of Rhode Island

  Attention: Utilization Management

  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 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/TDD 711) o enviarnos un fax al 1-401-459-6023. 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 artículos médicos y/o servicios que aún no ha recibido.** (No podrá solicitar una decisión sobre cobertura rápida si su solicitud tiene que ver con un pago por algún artículo o servicio médico 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 J.

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).

E3. Apelación de nivel 1 para atención médica (que no sean 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 (TTY 711). El Defensor de Cuidado de Salud RIPIN no está vinculado con nosotros ni con ninguna compañía aseguradora o plan de salud.

¿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 of Rhode Island

    Attention: Grievance and Appeals Coordinator

    910 Douglas Pike

    Smithfield, RI 02917
  - También puede llamarnos por teléfono para hacer su apelación al 1-844-812-6896.

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 **65 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.

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.

Si no recibimos dicho formulario y otra persona lo representa, se desestimará su solicitud de apelación. En el caso de que esto ocurra, usted tiene el derecho a que otra persona revise nuestra desestimación. Le enviaremos un aviso escrito en el que le explicamos el derecho que tiene a solicitarle a la organización de revisión independiente que revise la decisión que tomamos de desestimar la apelación.

Para obtener un formulario de Nombramiento de Representante, llame a Servicios para Miembros y solicite uno o visite www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf **o** www.nhpri.org/wp-content/uploads/2019/04/2017-INTEGRITY-AOR-Form-CMS1696-1.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 65 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. Debe explicar el motivo por el que su apelación se atrasa cuando presente su 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?" 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.

¿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 pedido. 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 que necesitamos 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 J.
- 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. Consulte la Sección E4 para obtener más información sobre cómo presentar una Apelación de nivel 2.

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. Consulte la Sección E4 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 J.
- 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 E4 para obtener más información sobre cómo presentar una Apelación de nivel 2.

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 E4 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 el pedido 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.

E4. Apelación de nivel 2 para atención médica (que no sean 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 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 TTY 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 (Independent Review Entity, 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. La IRE es una organización independiente contratada por Medicare; no es una agencia gubernamental. Medicare supervisa su trabajo. 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 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?" 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 (Executive Office of Health and Human Services, EOHHS) al (401) 462-2132 (TTY 711).
- Al enviar 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 (TTY 711) 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 TTY 711 en un plazo de 4 meses después de la fecha de envío de nuestra decisión de Nivel 1. Enviaremos la información de la apelación a la organización de Revisión Externa de RI dentro de los cinco días hábiles 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 en un plazo de 10 días hábiles después de la recepción de toda la información necesaria para revisar su caso, pero a más tardar 45 días después de recibir la solicitud.

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 TTY 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 (Independent Review Entity, 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 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 está cubierto por ambos, Medicare y Medicaid?

Si su problema está relacionado con un servicio o artículo que podría está cubierto tanto por Medicare como por Medicaid, automáticamente enviaremos su Apelación de nivel 2 a la Entidad de Revisión Independiente (Independent Review Entity, 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.

¿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 of Rhode Island, Atención: 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 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 un plazo de 48 horas. 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 (Independent Review Entity, 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 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 I2, encontrará más información.

Si su Apelación de nivel 2 pasó a la Entidad de Revisión Independiente (Independent Review Entity, 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 I1, encontrará más información.

E5. 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 Rhode Island Medicaid dice que usted tiene que pagar parte del costo de estos servicios. Este pago se denomina “participación en el costo” y el monto lo determina Rhode Island Medicaid. 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 Rhode Island Medicaid. Este pago se denomina “participación en el costo” y el monto lo determina Rhode Island Medicaid.

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.

¿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. Este pago se denomina "participación en el costo" y el monto lo determina Rhode Island Medicaid.

Si está pidiendo que le devuelvan el pago, está pidiendo una decisión sobre cobertura. Decidiremos si el servicio o artículo por el que pagó es un servicio o artículo cubierto, y revisaremos si usted siguió todas las reglas para usar su cobertura.

- Si el servicio o artículo por el que pagó está cubierto, y usted siguió todas las reglas, le enviaremos el pago por el servicio o artículo generalmente dentro de los 30 días calendario, pero no más de 60 días calendario de haber recibido su pedido. Si aún no pagó por el servicio o artículo, le enviaremos el pago directamente al proveedor. Cuando enviamos el pago, es lo mismo que decir **Sí** a su pedido de decisión sobre cobertura.
- Si el servicio o artículo no está cubierto, o si usted no siguió todas las reglas, le enviaremos una carta para informarle que no pagaremos por el servicio o artículo y le explicaremos las razones.

¿Y si decimos que no pagaremos?

Si usted no está de acuerdo con nuestra decisión, **puede apelar.** Siga los procesos de apelaciones descritos en la Sección E3. Cuando siga estas instrucciones, tenga en cuenta:

- Si hace una apelación para obtener un reembolso, debemos dar nuestra respuesta dentro de los 60 días calendario de haber recibido su apelación.
- Si nos está pidiendo que le devolvamos un pago por un servicio o artículo que ya recibió y pagó por su cuenta, no puede pedir una apelación rápida.

Si respondemos **No** a su apelación y el servicio o artículo generalmente está cubierto por Medicare, enviaremos automáticamente su caso a la Entidad de Revisión Independiente (IRE). Le notificaremos por carta si esto sucede.

- Si la IRE revoca nuestra decisión y dice que debemos pagarle, debemos enviarle el pago a usted o al proveedor dentro de los 30 días calendario. Si la respuesta a su apelación es **Sí,** en cualquier etapa del proceso de apelaciones después del Nivel 2, debemos enviarle el pago que pidió a usted o al proveedor dentro de los 60 días calendario.
- Si la IRE dice que **No** a su apelación, eso significa que está de acuerdo con nuestra decisión de no aprobar su pedido. (Esto se denomina “confirmar la decisión”. También se llama “rechazar su apelación”.) La carta que usted reciba le explicará sobre otros derechos adicionales de apelación que podría tener. Usted puede volver a apelar solamente si el valor en dólares del servicio o artículo que quiere llega a cierta cantidad mínima. En la Sección I, encontrará más información sobre otros niveles adicionales de apelación.

Si respondemos **No** a su apelación y el servicio o artículo, generalmente, está cubierto por Medicaid, puede presentar una Apelación de nivel 2 por sí mismo (consulte la Sección E4).

F. Medicamentos de la Parte D

F1. 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 E.

¿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.

> **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 F2**. Consulte también las Secciones F3 y F4.	Vaya a la **Sección F4**.	Vaya a la **Sección F4**.	Vaya a la **Sección F5**.

F2. ¿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.
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, consulte el 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”) (PA).
        - 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”.**

F3. 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 F5.

En la siguiente sección encontrará información para pedir una decisión sobre cobertura, incluso para una excepción.

F4. 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 Incluya el nombre, la información de contacto y la información sobre la queja.
- 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 D 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 devolvamos nuestra parte del costo de un medicamento por el que usted ya pagó.
- 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”.

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.

- 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.
    - 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 J.

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, esto quiere decir 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, esto quiere decir 72 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 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 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.

F5. Apelación de nivel 1 para medicamentos de la Parte D

- Para comenzar su apelación, usted, su médico u otro profesional autorizado, o su representante deberán comunicarse con nosotros. Incluya el nombre, la información de contacto y la información sobre la queja.
- Si está pidiendo una apelación estándar, puede presentar su apelación por escrito. También puede llamarnos por teléfono para hacer su apelación al 1-844-812-6896.
- Si desea una apelación rápida, puede presentar su apelación por escrito o llámenos.
- Presente su pedido de apelación **a más tardar 65 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.

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 **65 días calendario** tras tomar 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 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.

- 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).

> **El término legal** para una apelación al plan sobre una decisión de cobertura de medicamentos de la Parte D es **"redeterminación"** del plan.

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 F4.

> **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 en un plazo de 7 días calendario, o de 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 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 calendario 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.

F6. 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 (Independent Review Entity, 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.
- 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** tras tomar 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 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 en un plazo de 7 días calendario después de recibir su apelación, o de 14 días calendario 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 pedido. 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.

G. 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.

G1. 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, pídaselo a cualquier empleado del hospital. Si necesita ayuda, comuníquese con Servicios para Miembros llamando al 1-844-812-6896.

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.

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. 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 consultar el aviso en línea en www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.
- Si necesita ayuda, comuníquese con Servicios para Miembros o con Medicare llamando a los números que figuran más arriba.

G2. 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 Acentra Health.

Para presentar una apelación o cambiar la fecha de su salida, llame a Acentra Health 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 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 por la Organización 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 tenga que pagar todos los costos por cuidados recibidos del hospital después de la fecha programada para su salida.

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.

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 Cuidado de Salud RIPIN al 1-855-747-3224 (TTY 711), al Programa de Asistencia con los Seguros de Salud del Estado (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) al 1-888-884-8721 (TTY 711), o a The POINT al 1-401-462-4444 (TTY 711).

¿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?

- 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. 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 bien, puede consultar un aviso de ejemplo en línea en www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices

¿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 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.

G3. 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 Acentra Health. Puede comunicarse con Acentra Health 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 2 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.

¿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.

H. 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 (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, 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.

H1. 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 escrito le indica la fecha en que dejará de cubrir su atención y cómo apelar esta decisión.

- 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.

H2. 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 J, se le indica 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. O llame al Programa de asistencia de seguro de salud de su estado al 1-401-462-4444.

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 Acentra Health. Puede comunicarse con Acentra Health 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.

¿Qué es una Organización para el Mejoramiento de la Calidad?

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.

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.

¿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.

> El término legal para el aviso escrito es "**Notificación de no Cobertura de Medicare**". Para obtener una copia de muestra, puede llamar a Servicios para Miembros al 1-844-812-6896 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 consulte una copia en línea en www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI

¿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.

> **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.

H3. 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 (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF) después de la fecha en que dijimos que terminaría su cobertura.

En Rhode Island, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad se llama Acentra Health. Puede comunicarse con Acentra Health 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.

En resumen: Cómo presentar una Apelación de nivel 2 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.

- La Organización para el Mejoramiento de la Calidad tomará una decisión dentro de los 14 días calendario de recibido su pedido de apelación.

¿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.

I. Cómo llevar su apelación más allá del Nivel 2

I1. 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 (Administrative Law Judge, 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 (TTY 711).

I2. 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 TTY 711. También puede para obtener ayuda del Defensor de Cuidado de Salud RIPIN. El número de teléfono es 1-855-747-3224 (TTY 711).

J. Cómo presentar una queja

J1. ¿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.

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, llame a Servicios para Miembros o envíenos una carta.

Hay diferentes organizaciones que manejan las quejas externas. En la Sección J3, encontrará más información.

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.

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 (TTY 711).

J2. 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.

> **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.

J3. 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: 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 (TTY 711). También puede presentar una queja ante la Oficina del Comisionado de Seguros de Salud de Rhode Island llamando al 1-401-462-9517 (TTY 711).

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 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. Puede visitar www.richr.ri.gov si desea más información.
- Funcionario de Enlace de Relaciones con la Comunidad del Departamento de Servicios Humanos de Rhode Island al 1-401-415-8500. 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.

Usted también puede tener derechos en virtud de la Ley de estadounidenses con discapacidades. Puede comunicarse con el Defensor de Cuidado de Salud RIPIN para obtener ayuda. El número de teléfono es 1-855-747-3224 (TTY 711).

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 Acentra Health. El número de teléfono de Acentra Health es 1-888-319-8452.

Capítulo 10: Termine 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 de Rhode Island 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 217

B. Cómo terminar su participación en nuestro plan 217

C. Cómo obtener servicios de Medicare y Medicaid por separado 218

C1. Formas de obtener servicios de Medicare 218

D. Seguir recibiendo servicios médicos y medicamentos a través de nuestro plan hasta que termine su participación 221

E. Otras situaciones en las que finaliza su participación 221

F. Reglas en contra de pedirle que abandone nuestro plan por cualquier motivo relacionado con la salud 222

G. Su derecho a presentar una queja si nosotros terminamos su participación en nuestro plan 222

H. Cómo obtener más información relacionada con la terminación de su participación en el plan 222

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 Sección C1.
- Servicios de Medicaid de Rhode Island en la Sección C2.

Usted puede obtener más información sobre cuándo puede terminar su participación llamando 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.
- Programa de Asistencia del Seguro de Salud del Estado (State Health Insurance Assistance Program, SHIP), Oficina de Envejecimiento Saludable (OHA) al 1-888-884-8721. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.
- Programa de apoyos para la inscripción en Medicare-Medicaid (MME), 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 (drug management program, DMP), es posible que no pueda inscribirse en un plan diferente. Consulte el Capítulo 5 de su *Manual del Miembro* 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 de Rhode Island 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

- 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 Sección C.

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:	**Esto es lo que debe hacer:**
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)	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 deben llamar al 1-877-486-2048 para inscribirse en el nuevo plan de salud sólo de Medicare. Si necesita ayuda o más información: • Llame al SHIP de Rhode Island al 1-888-884-8721 o The POINT al 1-401-462-4444. Los usuarios de TTY deben llamar al 711. Se cancelará automáticamente su inscripción a Neighborhood INTEGRITY cuando comience la cobertura de su nuevo plan.

2. Usted puede cambiar a:	**Esto es lo que debe hacer:**
Medicare Original con un plan de medicamentos de receta de Medicare por separado	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 deben llamar al 1-877-486-2048. Si necesita ayuda o más información: • Llame al SHIP de Rhode Island al 1-888-884-8721 o The POINT al 1-401-462-4444. Los usuarios de TTY deben llamar al 711. Su inscripción en Neighborhood INTEGRITY se cancelará automáticamente cuando comience la cobertura de Medicare Original.

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 cobertura de medicamentos, llame al SHIP de Rhode Island al 1-888-884-8721 o 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 (State Health Insurance Assistance Program, SHIP).	**Esto es lo que debe hacer:** 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 deben llamar al 1-877-486-2048. Si necesita ayuda o más información: • Llame al SHIP de Rhode Island al 1-888-884-8721 o The POINT al 1-401-462-4444. Los usuarios de TTY deben llamar al 711. Su inscripción en Neighborhood INTEGRITY se cancelará automáticamente 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 (long-term services and supports, LTSS) y los servicios de cuidado de salud del comportamiento.

D. Seguir recibiendo artículos y 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 de Rhode Island. Durante este tiempo, siga recibiendo cuidado de salud a través de nuestro plan.

- Use los proveedores de nuestra red para recibir atención médica.
- **Use las farmacias de nuestra red** incluso nuestros servicios de farmacia para pedidos por correo **para surtir sus recetas.**
- Si usted está hospitalizado el día en que termine su participación en Neighborhood INTEGRITY, 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 de Rhode Island. Nuestro plan es para personas que califican para ambos beneficios, Medicare y Medicaid de Rhode Island.
- Si se muda fuera de nuestra área de servicio.
- Si está fuera de nuestra área de servicio 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 servicio 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 de Rhode Island:

- 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 de Rhode Island. Comuníquese con la Línea de Inscripción en el Plan de Medicare-Medicaid llamando al 1-844-602-3469, de lunes a viernes de 8:30 a. m. a 6:00 p. m. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.

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 J.

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).

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 224

B. Aviso sobre no discriminación 224

C. Aviso sobre Medicare como pagador secundario 224

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. 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, sexo u orientación sexual. 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, o uso de los servicios de cuidados de salud.

Es nuestra responsabilidad tratarlo con dignidad y respeto en todo momento. 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. Puede visitar www.hhs.gov/ocr si desea más información.
- También puede llamar a la Oficina de Derechos Civiles local.
    - Comisión de Derechos Humanos de Rhode Island al 1-401-462-4627. Los usuarios de TTY deben llamar al 711. Puede visitar www.richr.ri.gov si desea más información.
    - Funcionario de Enlace de Relaciones con la Comunidad del Departamento de Servicios Humanos de Rhode Island al 1-401-462-4627. Los usuarios de TTY deben llamar al 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.

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.

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.

Actividades de la vida diaria: Las cosas que las personas hacen en un día normal, como comer, ir al baño, vestirse, bañarse o cepillarse los dientes.

Centro quirúrgico ambulatorio: Centro que realiza cirugía a pacientes que no necesitan atención hospitalaria y que no se espera que necesiten más de 24 horas de cuidados.

Apelación: Forma en la que usted puede cuestionar nuestro accionar si cree que cometimos un error. Puede solicitarnos que cambiemos una decisión de cobertura al presentar una apelación. En la Sección D del Capítulo 9, se explican las apelaciones y cómo hacerlas.

Evaluación: Revisión del historial médico del paciente y su condición actual. Se utiliza para ver la salud del paciente y cómo podría cambiar en el futuro.

Producto biológico: Medicamento de receta que está hecho de fuentes naturales vivas como células animales, células vegetales, bacterias o levaduras. Los productos biológicos son más complejos que otros medicamentos y no se pueden copiar exactamente, por lo que las formas alternativas se llaman biosimilares. (Ver también “Producto biológico original” y “Biosimilar”).

Biosimilar: Producto biológico que es muy similar, pero no idéntico, al producto biológico original. Los biosimilares son igual de seguros y eficaces que los productos biológicos originales. Algunos biosimilares pueden reemplazar al producto biológico original en la farmacia sin una nueva receta. (Ver “Biosimilar intercambiable”).

Medicamento de marca comercial: Medicamento de receta que es fabricado y vendido por la empresa que hizo originalmente el medicamento. Los medicamentos de marca comercial tienen los mismos ingredientes activos que las versiones genéricas de los medicamentos. Los medicamentos genéricos son fabricados y vendidos por otras empresas farmacéuticas.

Administrador de atención de salud: Persona que trabaja con usted, con el plan de salud y con sus proveedores de atención de salud para asegurarse de que usted reciba la atención que necesita.

Plan de salud: Plan para los servicios médicos que recibirá y cómo los recibirá.

Equipo de cuidado de salud: un equipo de cuidado de salud puede incluir médicos, consejeros, enfermeros u otros profesionales de la salud que están para ayudarlo a recibir los cuidados que usted necesita. Su equipo de cuidado de la salud también lo ayudará a hacer un plan de salud.

Centros para Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS): Agencia federal a cargo de Medicare. La Sección G del Capítulo 2 explica como comunicarse con los CMS.

Queja: Declaración escrita u oral que indica que uste tiene un problema o inquietud sobre la cobertura de sus servicios o atención. Esto incluye inquietudes sobre la calidad de su atención, los proveedores y las farmacias de nuestra red. El nombre formal para “presentar una queja” es “interponer un reclamo”.

Institución de rehabilitación integral para pacientes externos (outpatient rehabilitation facility, CORF): Institución que brinda, principalmente, servicios de rehabilitación después de una enfermedad, un accidente o una operación mayor. Presta varios servicios, como terapia física, servicios sociales o psicológicos, terapia respiratoria, terapia ocupacional, terapia del lenguaje y servicios de evaluación del entorno del hogar.

Decisión sobre cobertura: Decisión sobre los beneficios que cubrimos. Esto incluye decisiones sobre la cobertura de medicamentos y servicios o el monto que pagaremos por los servicios de salud que usted reciba. La Sección D del Capítulo 9 explica cómo solicitarnos una decisión de cobertura.

Medicamentos cubiertos: Término que usamos para referirnos a todos los medicamentos de receta cubiertos por nuestro plan.

Servicios cubiertos: Término general que usamos para referirnos a todos los cuidados de salud, servicios y respaldo a largo plazo (long-term services and supports, LTSS), insumos, medicamentos de receta y de venta libre, equipos y otros servicios cubiertos por nuestro plan.

Niveles de lista de medicamentos: Grupos de medicamentos incluidos en la Lista de Medicamentos. Los medicamentos genéricos, de marca o de venta libre (over-the-counter, OTC) son ejemplos de niveles de medicamentos. Cada medicamento de la Lista de Medicamentos está en uno de los 3 niveles.

Equipo médico duradero (Durable medical equipment, 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.

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 disminución grave de una función corporal y, si usted está embarazada, la pérdida del bebé en gestación. Los síntomas médicos pueden ser una lesión grave o dolor agudo.

Cuidados de emergencia: Servicios cubiertos necesarios para tratar una emergencia médica prestados por un proveedor capacitado para tratar una emergencia.

Excepción: Permiso para recibir cobertura para un medicamento que normalmente no está cubierto o para usar un medicamento sin ciertas reglas y limitaciones.

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” (Low-Income Subsidy).

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.

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.

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.

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.

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.

Hospicio: 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.

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 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.

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.

Biosimilar intercambiable: Biosimilar que puede reemplazarse en la farmacia sin una nueva receta porque cumple requisitos adicionales relativos a la posibilidad de reemplazo automático. El reemplazo automático en la farmacia está sujeto a la ley del estado.

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”.

Servicios y respaldos a largo plazo (Long-term services and supports, 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.

Subsidio por bajos ingresos (Low-income Subsidy, LIS): Consultar en “Ayuda adicional”.

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 (long-term services and supports, 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.

Médicamente 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.

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 (consulte “Plan de salud”).

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.

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.

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”.

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.

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.

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.

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 (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS) y el estado.

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.

Servicios para Miembros para los afiliados: 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.

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.

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”.

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.

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 D, se explica cómo pedirle al plan que tome una decisión sobre cobertura.

Producto biológico original: Producto biológico que ha sido aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (*Food and Drug Administration*, FDA) y funciona como comparación para los fabricantes que hacen una versión biosimilar. También se lo llama producto de referencia.

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.

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.

Proveedor 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.

Medicamentos de venta libre (over-the-counter, 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.

Parte A: Consulte “Medicare Parte A”.

Parte B: Consulte “Medicare Parte B”.

Parte C: Consulte “Medicare Parte C”.

Parte D: Consulte “Medicare Parte D”.

Medicamentos de la Parte D: Consultar en “Medicamentos de Medicare Parte D”.

Información personal de salud (también llamada información de salud protegida) (Personal health information, 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.

Proveedor de cuidados primarios (primary care provider, 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 le da las remisiones para verlos.
- 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.

Autorización previa (PA): 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.

Algunos de los servicios de la red están cubiertos solo si su médico u otro proveedor de la red obtiene PA de nuestro plan.

- Los servicios cubiertos que necesitan PA de nuestro plan están marcados en la Tabla de Beneficios del Capítulo 4, Sección F.

Algunos medicamentos están cubiertos solamente si obtiene nuestra PA.

- Los medicamentos cubiertos que necesitan PA de nuestro plan están marcados en la *Lista de medicamentos cubiertos* y las reglas están publicadas en el sitio web del plan.

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.

Organización para el Mejoramiento de la Calidad (Quality improvement organization, QIO): Grupo de médicos y otros expertos en cuidados de salud que ayudan a mejorar la calidad del cuidado para personas con 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.

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.

Real Time Benefit Tool (Herramienta de beneficios en tiempo real): Aplicación de portal o de computadora en la cual los miembros pueden buscar información sobre beneficios y medicamentos cubiertos específicos para él/ella, que sean clínicamente adecuados, oportunos, precisos y completos Esto incluye los montos de los costos compartidos, los medicamentos alternativos que se pueden usar para la misma enfermedad como un medicamento dado y las restricciones de cobertura (autorización previa, terapia escalonada, límites de cantidad) que se aplican a los medicamentos alternativos.

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.

Oficina Ejecutiva de Salud y Servicios Humanos (Executive Office of Health and Human Services, EOHHS) de Rhode Island: 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.

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.

Institución de enfermería especializada (skilled nursing facility, 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.

Cuidados de institución de enfermería especializada (Skilled nursing facility, 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.

Especialista: Proveedor que proporciona cuidado de salud para una enfermedad o una parte específica del cuerpo.

Tratamiento escalonado: Regla de cobertura que le exige que primero pruebe otro medicamento antes de que cubramos el medicamento que está pidiendo.

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 usted no puede llegar a ellos porque, debido al tiempo, el lugar o las circunstancias, no es posible, o es poco razonable, obtener servicios de proveedores dentro de la red (por ejemplo, cuando usted está fuera del área de servicio del plan y requiere servicios médicamente necesarios de forma inmediata por una afección no prevista, pero que no es una emergencia médica).

Neighborhood INTEGRITY Servicios para Miembros

LLAME	1-844-812-6896 Las llamadas a este número son gratuitas. 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 para Miembros también tiene servicios gratuitos de intérpretes para personas que no hablan inglés.

TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. 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.
ESCRIBA	Neighborhood Health Plan of Rhode Island 910 Douglas Pike Smithfield, RI 02917
SITIO WEB	http://www.nhpri.org/INTEGRITY