

2025

Resumen de Beneficios



RiverSpring Star

(HMO I-SNP)

Para obtener más información, llámenos al **1-800-580-7000** (TTY 711)
de 8 a.m. a 8 p.m. hora del Este, los 7 días de la semana.

www.RiverSpringHealthPlans.org

RiverSpring Star (HMO I-SNP)

Resumen de Beneficios

Desde el 1.º de enero de 2025 hasta el 31 de diciembre de 2025

Este es un resumen de los servicios de salud y medicamentos cubiertos por **RiverSpring Star (HMO I-SNP)** desde el 1.º de enero de 2025 hasta el 31 de diciembre de 2025.

RiverSpring Star es un plan (HMO I-SNP) que tiene un contrato con Medicare. La inscripción en RiverSpring Star (HMO I-SNP) depende de la renovación del contrato.

Para inscribirse en **RiverSpring Star (HMO I-SNP)**, tiene que tener derecho a la Parte A de Medicare, estar inscrito en la Parte B de Medicare, vivir en nuestra área de servicio y en un hogar de ancianos o en su hogar, pero requerir el mismo nivel de atención que las personas que viven en un hogar de ancianos.

Nuestra área de servicio incluye los siguientes condados en New York: Bronx, Kings, Nassau, New York, Queens, Richmond y Westchester.

RiverSpring Star (HMO I-SNP) cuenta con una red de médicos, hospitales, farmacias y otros proveedores. Si utiliza los proveedores que no forman parte de nuestra red, es posible que el plan no pague por estos servicios.

Los proveedores fuera de la red/no contratados no tienen ninguna obligación de tratar a los miembros del plan RiverSpring Star (HMO I-SNP), excepto en casos de emergencia. Llame a nuestro número de Servicio al Cliente o consulte su Evidencia de Cobertura para obtener más información, incluido el costo compartido que se aplica a los servicios fuera de la red.

La información de beneficios proporcionada es un resumen de lo que cubrimos y lo que usted debe pagar. No figuran todos los servicios que cubrimos ni todas las limitaciones y exclusiones. Para obtener una lista completa de los servicios que cubrimos, puede visitar nuestro sitio web www.RiverSpringHealthPlans.org y consultar la “Evidencia de Cobertura”, o llamarnos y solicitar la “Evidencia de Cobertura”.

Esta información no es una descripción completa de los beneficios. Llame al 1-800-580-7000 (TTY/TDD 711) para obtener más información.

RiverSpring Star (HMO I-SNP): Resumen de Beneficios

Primas mensuales, deducibles y límites sobre cuánto paga por los servicios cubiertos	
¿Cuál es el costo de la prima mensual?	\$26.30 al mes para la prima de la Parte D. Además, tiene que seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare.
¿Cuánto es el deducible?	Este plan tiene deducibles para algunos servicios médicos y hospitalarios, y medicamentos recetados de la Parte D. \$590 por año para los medicamentos recetados de la Parte D. \$240 por año para el deducible de la Parte B para servicios dentro de la red, excepto insulina suministrada a través de un equipo médico duradero. <i>Estos montos pueden cambiar en 2025. Se le proporcionarán tarifas nuevas a medida que estén disponibles desde Medicare.</i>
¿Hay un límite en lo que pagaré por mis servicios cubiertos por el plan?	Sí. Como todos los planes de salud de Medicare, nuestro plan lo protege al establecer límites anuales para los gastos de bolsillo de los servicios de atención médica y hospitalaria. Límite anual en este plan: \$9,350 por los servicios que recibe de los proveedores dentro de la red. Si alcanza el límite de los gastos de bolsillo, seguirá teniendo cobertura para servicios hospitalarios y médicos, y pagaremos el costo completo por el resto del año. Tenga en cuenta que aún debe pagar la prima mensual del plan y el costo compartido por los medicamentos con receta de la Parte D.
Primas y beneficios	
Nota: - Es posible que los servicios marcados con un ¹ requieran autorización previa. - Es posible que los servicios marcados con un ² requieran una derivación de su médico.	
Cobertura hospitalaria para pacientes internados¹ <i>(continúa en la página siguiente)</i>	Se aplica un deducible por admisión una vez durante el período de beneficios definido. En 2025, los montos para cada periodo de beneficios son los siguientes: - Deducible de \$0 para cada periodo de beneficios - Días 1 a 60: copago de \$0 - Días 61 a 90: copago de \$0 por día - Días 91 en adelante: copago de \$0 por día por cada “día de reserva de por vida” para cada periodo de beneficios - Más allá de los días de reserva de por vida, pagaremos todos los costos

RiverSpring Star (HMO I-SNP): Resumen de Beneficios

Cobertura hospitalaria para pacientes internados¹ <i>(continuación)</i>	Se requiere autorización Nuestro plan también cubre 60 “días de reserva de por vida”. Estos son días “adicionales” que cubrimos. Si su hospitalización dura más de 90 días, puede usar estos días adicionales. Pero una vez que haya usado estos 60 días adicionales, la cobertura para pacientes hospitalizados se limitará a 90 días. Los copagos para los beneficios hospitalarios y en centros de enfermería especializada (SNF) se basan en los períodos de beneficios. Un período de beneficios comienza el día que es ingresado como paciente hospitalizado y finaliza cuando no recibe atención para pacientes hospitalizados (o atención especializada en un SNF) durante 60 días consecutivos. Si acude a un hospital o a un SNF luego de que finalizó un período de beneficios, comenzará un nuevo período de beneficios. Debe pagar el deducible del paciente hospitalizado para cada período de beneficios. No hay límite en cuanto a la cantidad de períodos de beneficios.
Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios¹	20% del costo y se requiere autorización
Servicios en un centro quirúrgico ambulatorio (ASC)	20% del costo y no se requiere autorización
Visitas al consultorio del médico	Visita al médico de atención primaria: \$0 por visita Visita a especialista: 20% del costo; solo las primeras 3 visitas no requerirán autorización previa. Se requiere autorización para todas las visitas posteriores.
Atención preventiva <i>(continúa en la página siguiente)</i>	Copago de \$0 Nuestro plan cubre muchos servicios de prevención, que incluyen los siguientes: • Prueba de detección de aneurisma aórtico abdominal • Evaluación y asesoramiento por consumo excesivo de alcohol • Visita de bienestar anual • Medición de la masa ósea • Examen de detección de cáncer de mama (mamografía) • Consulta para disminuir el riesgo de enfermedades cardiovasculares (tratamiento para las enfermedades cardiovasculares) • Análisis para detectar enfermedades cardiovasculares • Prueba de detección de cáncer de cuello de útero y de vagina • Pruebas de detección de cáncer colorrectal (enemas de bario para detección, colonoscopia, prueba inmunoquímica fecal [FIT], prueba de sangre oculta en heces con guayacol [gFOBT], sigmoidoscopia flexible) • Prueba de detección de depresión

RiverSpring Star (HMO I-SNP): Resumen de Beneficios

Atención preventiva (continuación)	• Exámenes de detección de diabetes; capacitación para el autocontrol de la diabetes, servicios y suministros para diabéticos • Cuidado de visión (prueba de detección de glaucoma, prueba de detección de retinopatía diabética, diagnóstico y tratamiento de enfermedades y lesiones de los ojos, incluido el tratamiento de la degeneración macular relacionada con la edad) • Prueba de detección de hepatitis C • Prueba de detección de virus de inmunodeficiencia humana (VIH) • Vacunas (vacunas contra la influenza, vacuna contra la neumonía, vacunas contra la hepatitis B, vacuna contra la COVID-19) • Prueba de detección de cáncer de pulmón mediante tomografía computarizada de baja dosis (LDCT) • Servicios de terapia de nutrición médica • Programa de prevención de diabetes de Medicare (MDPP) • Prueba de detección de obesidad y tratamiento para fomentar la pérdida de peso continua • Visita preventiva de “Bienvenida a Medicare” (una sola vez) • Exámenes de detección de cáncer de próstata (PSA) • Examen de detección de enfermedades de transmisión sexual y terapia para prevenirlas • Servicios para dejar de fumar y consumir tabaco (consejería para dejar de fumar o consumir tabaco) Cualquier otro servicio preventivo aprobado por Medicare durante el año de contrato estará cubierto.
Atención de emergencia	20% del costo (hasta \$110) para cada visita. Si es ingresado en el hospital dentro de 3 días, no tiene que pagar su parte del costo de la atención médica de emergencia. Consulte la sección “Atención hospitalaria para pacientes hospitalizados” en este manual para informarse sobre otros costos.
Servicios de urgencia	20% del costo (hasta \$45) para cada visita. Si es ingresado en el hospital dentro de 3 días, no tiene que pagar su parte del costo de la atención médica de emergencia. Consulte la sección “Atención hospitalaria para pacientes hospitalizados” en este manual para informarse sobre otros costos.

RiverSpring Star (HMO I-SNP): Resumen de Beneficios

Pruebas de diagnóstico, servicios de laboratorio y radiología, y radiografías <i>(es posible que los costos de estos servicios varíen en un centro para cirugía ambulatoria)</i>	Servicios de radiología de diagnóstico (como resonancia magnética [MRI], tomografías computarizadas [TC]): 20% del costo Se requiere autorización para MRI y tomografía por emisión de positrones (PET) Procedimientos y pruebas de diagnóstico: 20% del costo Servicios de laboratorio: 20% del costo Radiografías para pacientes ambulatorios: 20% del costo Servicios de radiología terapéutica (como tratamientos de radioterapia contra el cáncer): 20% del costo Los servicios de laboratorio de rutina no requieren autorización. Algunos servicios de laboratorio podrían requerir una autorización.
Servicios de la audición¹	Examen para diagnosticar o tratar problemas de equilibrio o audición: 20% del costo Las evaluaciones diagnósticas de audición y equilibrio están limitadas a una por año sin autorización previa. Todas las evaluaciones posteriores requerirán una autorización previa.
Servicios dentales¹	Servicios dentales limitados (esto no incluye servicios en relación con atención, tratamiento, empaste, remoción o reemplazo de dientes): 20% del costo Se requiere autorización
Servicios de visión¹	Examen para diagnosticar y tratar enfermedades y condiciones de los ojos (incluida la prueba de detección anual de glaucoma): 20% del costo Las evaluaciones diagnósticas para el tratamiento de enfermedades y lesiones de los ojos están limitadas a una por año sin autorización previa. Cualquier evaluación posterior requerirá una autorización previa. Anteojos o lentes de contacto después de la cirugía de cataratas: 20% del costo y no se requiere autorización
Atención de salud mental¹ <i>(continúa en la página siguiente)</i>	<u>Servicios psiquiátricos hospitalarios para pacientes internados:</u> Nuestro plan cubre hasta 190 días durante toda su vida para atención de la salud mental para pacientes hospitalizados en un hospital psiquiátrico. El límite de atención hospitalaria para pacientes hospitalizados no aplica a servicios de salud mental para pacientes hospitalizados prestados en un hospital general. Los copagos para los beneficios hospitalarios y en centros de enfermería especializada (SNF) se basan en los períodos de beneficios. Un período de beneficios comienza el día que es ingresado como paciente hospitalizado y finaliza cuando no recibe atención para pacientes hospitalizados (o atención especializada en un SNF) durante 60 días

RiverSpring Star (HMO I-SNP): Resumen de Beneficios

Atención de salud mental¹ <i>(continuación)</i>	consecutivos. Si acude a un hospital o a un SNF luego de que finalizó un período de beneficios, comenzará un nuevo período de beneficios. Debe pagar el deducible del paciente hospitalizado para cada período de beneficios. No hay límite en cuanto a la cantidad de períodos de beneficios. Nuestro plan también cubre 60 “días de reserva de por vida”. Estos son días “adicionales” que cubrimos. Si su hospitalización dura más de 90 días, puede usar estos días adicionales. Pero una vez que haya usado estos 60 días adicionales, la cobertura para pacientes hospitalizados se limitará a 90 días. En 2025, los montos para cada periodo de beneficios son los siguientes: • Deducible de \$0 para cada periodo de beneficios • Días 1 a 60: copago de \$0 • Días 61 a 90: copago de \$0 por día • Días 91 en adelante: copago de \$0 por día por cada “día de reserva de por vida” para cada periodo de beneficios. • Más allá de los días de reserva de por vida, pagamos todos los costos. <u>Servicios psiquiátricos para pacientes ambulatorios:</u> Visita de terapia grupal para pacientes ambulatorios: 20% del costo Visita de terapia individual para pacientes ambulatorios: 20% del costo Se requiere autorización
Centro de enfermería especializada (SNF)¹	Nuestro plan cubre hasta 100 días en un SNF. En 2025, los montos para cada periodo de beneficios son los siguientes: • Días 1 a 20: copago de \$0 para cada período de beneficios • Días 21 a 100: copago de \$0 por día • Día 101 en adelante: usted paga todos los costos Se requiere autorización
Rehabilitación ambulatoria¹ <i>(continúa en la página siguiente)</i>	Servicios de rehabilitación cardíaca (del corazón): 20% del costo Servicios de rehabilitación cardíaca intensiva: 20% del costo Servicios de rehabilitación pulmonar: 20% del costo Servicios de terapia de ejercicios supervisada (SET) para arteriopatía periférica (PAD) sintomática: 20% del costo

RiverSpring Star (HMO I-SNP): Resumen de Beneficios

Rehabilitación ambulatoria¹ <i>(continuación)</i>	Visita de terapia ocupacional (OT): 20% del costo Visita de fisioterapia (PT) y terapia del habla y del lenguaje: 20% del costo Se requiere autorización
Ambulancia¹	20% del costo Se requiere autorización para los servicios que no sean de emergencia.
Transporte	Sin cobertura
Medicamentos de la Parte B de Medicare¹	Para medicamentos de la Parte B, como medicamentos de quimioterapia o radiación: 20% del costo Otros medicamentos de la Parte B: 20% del costo Se requiere autorización. No pagará más que el monto del coaseguro por servicios de administración de quimioterapia, incluidos medicamentos de quimioterapia/radiación u otros medicamentos cubiertos por la Parte B de Medicare Original.
Lo que paga por las vacunas:	Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo para usted, incluso si no ha pagado su deducible. Para obtener más información, llame a Servicios para Miembros.
Lo que paga por la insulina:	No pagará más de \$35 por un suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto por nuestro plan, sin importar en qué nivel de costo compartido se encuentre, incluso si no ha pagado su deducible.
Cuidado de los pies <i>(servicios de podología)¹</i>	Exámenes y tratamiento de los pies si tiene daño nervioso relacionado con la diabetes y/o cumple con ciertas condiciones: 20% del costo Se requiere autorización Si tiene un diagnóstico de diabetes, se requerirá una autorización después de seis (6) visitas a un podólogo. Si no tiene un diagnóstico de diabetes, se requerirá una autorización después de la cuarta (4.^{ta}) visita al podólogo.
Equipo médico duradero <i>(sillas de ruedas, oxígeno, etc.)¹</i>	20% del costo Se requiere una autorización para equipo médico duradero (DME) (artículos no desechables que tienen una vida útil de más de 1 año) con un costo de \$500 o más Se requiere una autorización para suministros de DME (artículos desechables que no tienen una vida útil de más de 1 año) con un costo de \$250 o más

RiverSpring Star (HMO I-SNP): Resumen de Beneficios

Dispositivos protéticos (<i>aparatos ortopédicos, miembros artificiales, etc.</i>) ¹	Dispositivos protéticos: 20% del costo Suministros médicos relacionados: 20% del costo Se requiere autorización
Suministros y servicios para la diabetes¹	Suministros para el control de la diabetes: \$0 Cubrimos fabricantes específicos de suministros y servicios para diabéticos: De Abbott y LifeScan Se requiere autorización Capacitación para el autocontrol de la diabetes: 20% del costo <u>No</u> se requiere autorización Zapatos o plantillas terapéuticas: 20% del costo Se requiere autorización
Programas de bienestar (<i>programas de ejercicios</i>)	Sin cobertura

Beneficios complementarios opcionales

El plan RiverSpring Star (HMO I-SNP) ofrece servicios complementarios además de los beneficios de la Parte C y los beneficios de la Parte D. A continuación, enumeramos un resumen de los beneficios complementarios:

Beneficio para suministros de venta libre (OTC)	Nuestro plan cubre artículos de venta libre hasta un monto de \$150.00 por mes. Tiene dos formas de obtener artículos de OTC elegibles: • Utilizar una tarjeta OTC proporcionada por RiverSpring en cualquier ubicación participante. • Pedir artículos de OTC haciendo un pedido en línea a través de un catálogo en línea Cualquier parte no usada no será transferida de un mes al siguiente. El saldo de OTC no se transfiere de un año a otro. Los artículos de OTC cubiertos pueden comprarse únicamente para el miembro. Este beneficio no puede canjearse por dinero en efectivo. Usted no tiene ningún costo por este beneficio.
--	--

RiverSpring Star (HMO I-SNP): Resumen de Beneficios

Beneficio para suministros de venta libre (OTC) más comestibles	Para los miembros elegibles (con ciertas afecciones crónicas), los beneficios complementarios especiales para enfermedades crónicas (beneficio para comestibles) se combinan con el beneficio para artículos OTC para cubrir ciertos comestibles como parte de la asignación mensual para OTC, que solo pueden comprarse en farmacias o minoristas seleccionados. Se le permite gastar el 50% (\$75.00) del monto del beneficio de OTC en alimentos y productos frescos. Los beneficios mencionados son parte del programa complementario especial para personas con enfermedades crónicas. Algunos ejemplos de condiciones incluyen <i>trastorno cardiovascular, hipertensión, osteoartritis, trastorno endocrino y trastorno gastrointestinal</i>. La elegibilidad para este beneficio no se puede garantizar basándose únicamente en su condición. Se notificará y se les proporcionarán instrucciones a los miembros elegibles sobre cómo acceder a este beneficio.
--	--

Beneficios de medicamentos con receta	
Gasto anual de bolsillo de la Parte D (TrOOP o RxMOOP)	Después de pagar su deducible anual, según su ingreso y su estado institucional, usted paga un coseguro del 25% del costo por todos los medicamentos cubiertos por este plan hasta que el costo anual total de los medicamentos alcance los \$2,000. El costo anual total de los medicamentos es el costo total de los medicamentos que usted y nuestro plan de la Parte D pagaron. Nivel 1: Coseguro del 25% Puede conseguir sus medicamentos en farmacias minoristas de la red y farmacias con servicio de envío por correo. Si reside en un centro de atención médica a largo plazo, pagará lo mismo que en una farmacia minorista. Puede comprar medicamentos en una farmacia que no forma parte de la red al mismo costo que en una farmacia que forma parte de la red.
Cobertura catastrófica	Una vez que alcanza el umbral de gasto anual de bolsillo de \$2,000, ingresa a la fase de cobertura catastrófica. Esto significa que no tendrá ningún costo compartido para los medicamentos del Formulario de la Parte D de Medicare.

Consejos para comparar sus opciones de Medicare

- Si desea comparar nuestro plan con otros planes de salud de Medicare, solicite a los otros planes los manuales del Resumen de Beneficios correspondientes. O bien, utilice el Buscador de planes de Medicare en <http://www.medicare.gov>.

RiverSpring Star (HMO I-SNP): Resumen de Beneficios

- Si desea saber más sobre la cobertura y los costos de Medicare Original, consulte su manual “**Medicare y Usted**”. Consúltelo en línea en <http://www.medicare.gov> u obtenga una copia llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Sitio web y números de teléfono de RiverSpring Star (HMO I-SNP)

- Llame a la línea gratuita 1-800-580-7000; los usuarios de TTY deben llamar al 711.
- Puede encontrar todos los materiales del plan, incluido el Directorio de proveedores y farmacias en www.RiverSpringHealthPlans.org
- También puede consultar la lista completa de medicamentos cubiertos (Formulario) en nuestro sitio web mencionado anteriormente.
- O bien, llámenos y le enviaremos una copia de los materiales de nuestro plan.

Horario de atención

- Del 1.º de octubre al 31 de marzo, puede llamarnos los 7 días de la semana de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. hora del Este.
- Del 1.º de abril al 30 de septiembre, puede llamarnos de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. hora del Este.

RiverSpring Star (HMO I-SNP) es un plan que tiene un contrato con Medicare. La inscripción en RiverSpring Star (HMO I-SNP) depende de la renovación del contrato.

Esta información no es una descripción completa de los beneficios. Llame al 1-800-580-7000 o TTY/TDD 711 para obtener más información.

Este documento está disponible en otros formatos, como en braille y letra grande. Este documento puede estar disponible en otros idiomas que no sean inglés. Para obtener información adicional, llámenos al 1-800-580-7000.

Lista de verificación antes de la inscripción

Antes de tomar una decisión sobre la inscripción, es importante que comprenda plenamente nuestros beneficios y nuestras normas. Si tiene alguna pregunta, puede llamar y hablar con un representante de servicio al cliente al 1-800-580-7000 (TTY/TDD 711).

Entender los beneficios

- ☐ La Evidencia de Cobertura (EOC) proporciona una lista completa de toda la cobertura y de los servicios. Es importante que revise la cobertura, los costos y los beneficios del plan antes de inscribirse. Visite www.RiverSpringStar.org o llame al 1-800-580-7000 (TTY/TDD 711) para ver una copia de la EOC.
- ☐ Consulte el directorio de proveedores (o pregúntele a su médico) para asegurarse de que los médicos que consulta ahora estén en la red. Si no están en la lista, significa que probablemente deba elegir otro médico.
- ☐ Revise el directorio de farmacias para asegurarse de que la farmacia que usted utiliza para obtener sus medicamentos con receta esté dentro de la red. Si la farmacia no está en la lista, es probable que deba elegir otra farmacia para obtener los medicamentos.
- ☐ Consulte el formulario para asegurarse de que sus medicamentos estén cubiertos.

Entender las normas importantes

- ☐ Además de su prima mensual del plan, debe continuar pagando la prima de la Parte B de Medicare. Esta prima normalmente se deduce de su cheque del Seguro Social cada mes.
- ☐ Los beneficios, las primas y/o los copagos/coseguros pueden cambiar el 1.º de enero de 2025.
- ☐ Excepto en casos de emergencia o urgencia, no cubrimos los servicios que prestan proveedores fuera de la red (médicos que no aparecen en el directorio de proveedores).
- ☐ Este plan es un plan de necesidades especiales institucional (I-SNP). Su capacidad para inscribirse se basará en la verificación de que usted, durante 90 días o más, ha tenido o se espera que necesite el nivel de servicios proporcionados en un centro de enfermería especializada, un centro de enfermería, un centro de atención intermedia para personas con discapacidades intelectuales y del desarrollo, un hospital o unidad psiquiátrica, un hospital o unidad de rehabilitación, un hospital de atención a largo plazo, un hospital de camas giratorias o un centro aprobado por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) que brinde servicios similares.
- ☐ Efecto sobre la cobertura actual

RiverSpring Star (HMO I-SNP): Resumen de Beneficios

Aviso de no discriminación

ElderServe Health, Inc., que opera bajo el nombre de RiverSpring Health Plans, cumple con las leyes federales de derechos civiles vigentes y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. ElderServe Health, Inc., que opera bajo el nombre RiverSpring Health Plans, no excluye a las personas ni las trata de manera diferente por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

ElderServe Health, Inc., que opera bajo el nombre de RiverSpring Health Plans:

- Ofrece ayuda y servicios gratuitos a personas con discapacidades para que puedan comunicarse efectivamente con nosotros, como, por ejemplo:
 - Intérpretes de lengua de señas calificados
 - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles y otros formatos)
- Ofrece servicios lingüísticos gratuitos a personas cuyo idioma principal no es el inglés, como, por ejemplo:
 - Intérpretes calificados
 - Información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, comuníquese con el Coordinador de Derechos Civiles. Si considera que ElderServe Health, Inc. no le ha proporcionado estos servicios o usted ha sido discriminado de alguna otra manera por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede realizar una queja formal ante:

Civil Rights Coordinator
80 West 225th Street
Bronx, NY, 10463
Teléfono: 1-347-842-3660, TTY 711
Fax: 1-888-341-5009

Puede realizar una queja formal en persona o por correo postal, teléfono o fax. Si necesita ayuda para hacer una queja formal, el Coordinador de Derechos Civiles está disponible para ayudarlo. También puede presentar una queja sobre derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Sociales de los EE. UU., por vía electrónica a través del portal de quejas de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>,

o por correo electrónico o teléfono al:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW, Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20211
1-800-368-1019, 1-800-537-7697 (TDD)

Los formularios de queja están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>

Servicios de intérprete en varios idiomas

English: We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at 1-800-580-7000. Someone who speaks English/Language can help you. This is a free service.

Spanish: 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 1-800-580-7000. Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

Chinese Mandarin: 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 1-800-580-7000。我们的中文工作人员很乐意帮助您。这是一项免费服务。

Chinese Cantonese: 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 1-800-580-7000。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。

Tagalog: 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 1-800-580-7000. Maaari kayong tulungan ng isang nakakapagsalita ng Tagalog. Ito ay libreng serbisyo.

French: 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 1-800-580-7000. Un interlocuteur parlant Français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

Vietnamese: 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 quý vị cần thông dịch viên xin gọi 1-800-580-7000 sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí.

German: Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihren Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter 1-800-580-7000. Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

Korean: 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 대해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 1-800-580-7000번으로 문의해 주십시오. 한국어를 하는 담당자가 도와 드릴 것입니다. 이 서비스는 무료로 운영됩니다.

RiverSpring Star (HMO I-SNP): Resumen de Beneficios

Russian: 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 1-800-580-7000. Вам окажет помощь сотрудник, который говорит по-русски. Данная услуга бесплатная.

Arabic: إننا نقدم خدمات المترجم الفوري المجانية للإجابة عن أي أسئلة تتعلق بالصحة أو جدول الأدوية لدينا. للحصول على مترجم فوري، بمساعدتك. هذه خدمة مجانية ليس عليك سوى الاتصال بنا على 1-800-580-7000. سيقوم شخص ما يتحدث العربية.

Hindi: 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 1-800-580-7000 पर फोन करें। कोई व्यक्ति जो हिन्दी बोलता है आपकी मदद कर सकता है। यह एक मुफ्त सेवा है।

Italian: È disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario e farmaceutico. Per un interprete, contattare il numero 1-800-580-7000. Un nostro incaricato che parla Italianovi fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

Português: 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 1-800-580-7000. Irá encontrar alguém que fale o idioma Português para o ajudar. Este serviço é gratuito.

French Creole: 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 1-800-580-7000. Yon moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.

Polish: 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 1-800-580-7000. Ta usługa jest bezpłatna.

Japanese: 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。通訳をご用命になるには、1-800-580-7000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。

RiverSpring Health Plans

1-800-580-7000 (TTY/TDD 711)

de 8 a.m. a 8 p.m. hora del Este, los 7 días de la semana.

www.RiverSpringHealthPlans.org