<Plan name>

Manual del miembro

[Before use and under the appropriate, State-specific material code(s), plans must upload in HPMS either (1) a standalone ANOC and a standalone EOC (Member Handbook) or (2) a combined ANOC/EOC (Member Handbook). Plans should only use the combined ANOC/EOC (Member Handbook) material code if they are sending enrollees a combined document. Plans should not use the combined ANOC/EOC code in conjunction with either the ANOC standalone code or the EOC standalone code. Plans should only upload the documents once. Plans should work with their Account Manager to withdraw any duplicate material submitted in error. Plans must enter Actual Mail Dates for all materials in accordance with CMS requirements.]

[Plans may add a front cover to the Member Handbook that contains information such as the plan name, Member Handbook title, and contact information for Member Services. Plans may add a logo and/or photographs to the front cover as long as these elements do not make it difficult for members to read other information on the cover. If plans add a front cover, it must contain the Marketing Material ID.]

[Where the template uses “medical care,” “medical services,” or “health care services,” to explain services provided, plans may revise and/or add references to long-term services and supports and/or home and community-based services as applicable.]

[Where the template instructs inclusion of a phone number, plans must ensure it is a toll-free number and include a TTY/TDD number and days and hours of operation.]

[Except in disclaimers, plans should reference Member Services’ contact information at the bottom of the page instead of repeating phone numbers and days and hours of operation throughout materials.]

[Plans should refer members to other parts of the handbook using the appropriate chapter number, section, and/or page number. For example, "see Chapter 9, Section A, page 1." An instruction [plans may insert reference, as applicable] is listed next to each cross reference throughout the handbook.]

[Plans may include an overall Table of Contents for the Member Handbook.]

**<start date> – <end date>**

## Su Cobertura de salud y medicamentos con el plan <plan name> de Medicare-Medicaid

[Optional: Insert beneficiary name.]  
[Optional: Insert beneficiary address.]

Este manual habla de la cobertura bajo <plan name> hasta <end date>. También explica los servicios de cuidado de salud, cobertura de salud del comportamiento, de medicamentos de receta y los servicios y respaldos a largo plazo. Los servicios y respaldos a largo plazo le proporcionan la ayuda que usted necesite, ya sea que reciba servicios en el hogar o en un hogar para personas mayores. **Éste es un documento legal importante. Guárdelo en un lugar seguro.**

<Plan name> (un Plan de Medicare y Medicaid) es ofrecido por [insert sponsor name]. Cuando en este *Manual del miembro* dice “nosotros,” “a nosotros” o “nuestro,” significa [insert sponsor name]. Cuando dice “el plan” o “nuestro plan,” significa <plan name>. <Plan name> ofrece beneficios cubiertos de South Carolina Healthy Connections Medicaid y Medicare.

You can get this handbook for free in other languages for free. Please call our customer service number at [insert Member Services toll-free phone and TTY/TDD numbers, and hours of operation]. The call is free.

Usted puede obtener este manual en otros idiomas en forma gratuita. Por favor llame a nuestro número de servicios al cliente [insert Member Service toll-free phone and TTY/TDD numbers, and hours of operation]. La llamada es gratuita. [This disclaimer must be placed in English and Spanish. The Spanish disclaimer must be placed below the English version and in the same font size as the English version.]

Usted puede obtener este manual gratis en otros formatos como letras grandes, braille o audio. Llame al [insert Member Services toll-free phone and TTY/TDD numbers, days and hours of operation]. La llamada es gratuita.

[Plans must also describe how members can make a standing request to get materials, now and in the future, in a language other than English or in an alternate format.]

## Renuncias de garantías

<Plan's legal or marketing name> es un plan de seguro de salud que tiene un contrato con Medicare y South CarolinaHealthy Connections Medicaid, para proporcionar a los inscritos beneficios de los dos programas.

Es posible que se apliquen limitaciones [, copagos] y restricciones. Para obtener más información, llame a <Member Services> de <plan name> o lea el Manual del miembro. Esto significa que usted posiblemente tenga que pagar por algunos servicios y que deba seguir ciertas reglas para que <plan name> pague por sus servicios.

La Lista de medicamentos cubiertos y/o las redes de farmacias y proveedores pueden cambiar varias veces durante el año. Le enviaremos un aviso antes de hacer un cambio que le afecte.

Los beneficios [y/o copagos] pueden cambiar el 1º de enero de cada año.

[Plans that charge $0 copays for all Part D drugs may delete this disclaimer.] Los copagos de medicamentos de receta pueden variar de acuerdo con el nivel de Ayuda adicional que usted reciba. Comuníquese con el plan para conocer más detalles.

[Plans may insert additional disclaimers or state-required statements, including state-required disclaimer language, here.]

Capítulo 1: Cómo comenzar como miembro

Contenido

Su Cobertura de salud y medicamentos con el plan <plan name> de Medicare-Medicaid 2

Renuncias de garantías 3

A. Bienvenido a <plan name> 5

B. ¿Qué son Medicare y Medicaid? 5

Medicare 5

Medicaid 5

C. ¿Cuáles son las ventajas de este plan? 6

D. ¿Cuál es el área de servicio de <plan name>? 7

E. ¿Qué lo hace elegible para ser miembro del plan? 7

F. Qué esperar al inscribirse por primera vez en un plan de salud 8

G. ¿Qué es un plan de cuidado de salud? 9

H. ¿<Plan name> tiene una cuota mensual? 9

I. Información sobre el Manual del miembro 9

J. ¿Qué otra información le enviaremos? 10

Su Tarjeta de identificación como miembro de <plan name> 10

Directorio de proveedores y farmacias 10

¿Qué son los “proveedores de la red”? 11

¿Qué son las “farmacias de la red”? 11

Lista de medicamentos cubiertos 12

Explicación de beneficios 12

K. ¿Cómo puede mantener actualizado su expediente de miembro? 13

¿Mantendremos la privacidad de su información personal? 13

# Bienvenido a <plan name>

<Plan name> es un plan de Medicare-Medicaid del programa Healthy Connections Prime. Un *plan de* *Medicare-Medicaid* es una organización compuesta por médicos, hospitales, farmacias, proveedores de servicios y respaldos a largo plazo y otros proveedores. Además, incluye [coordinadores de cuidados **or** administradores de cuidados (plan’s preference)] y equipos de cuidados que le ayudarán, coordinando todos sus proveedores y servicios. Ellos trabajan conjuntamente para darle el cuidado que usted necesita.

<Plan name> fue aprobado por el estado de South Carolina y por los CMS (Centros para servicios de Medicare y Medicaid) para ofrecerle servicios como parte de Healthy Connections Prime.

Healthy Connections Prime es un programa piloto manejado por el estado de South Carolina y el gobierno federal para ofrecer mejor cuidado de salud a quienes tienen Medicare y Medicaid. Con este programa piloto, el estado y el gobierno federal ensayarán maneras de mejorar la forma en que usted recibe cuidado de salud de Medicare y Medicaid.

[Plan can include language about itself.]

# ¿Qué son Medicare y Medicaid?

## 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).

## 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. También cubre servicios adicionales y medicamentos que Medicare no cubre. En South Carolina, Medicaid se llama Healthy Connections Medicaid.

Cada estado decide qué se cuenta como ingresos y recursos y quién es elegible. También, cada estado decide qué servicios están cubiertos y cuánto cuestan. Los estados pueden decidir cómo administrar sus propios programas de Medicaid, siempre y cuando sigan las reglas federales.

Medicare y el estado de South Carolina deben aprobar a <plan name> cada año. Usted puede obtener servicios de Medicare y Healthy Connections Medicaid por medio de nuestro plan, siempre y cuando:

* nosotros decidamos ofrecer el plan, y
* Medicare y el estado de South Carolina aprueben el plan.

Incluso si nuestro plan se cancela, su elegibilidad para recibir servicios de Medicare y Healthy Connections Medicaid no cambiará.

# ¿Cuáles son las ventajas de este plan?

Usted recibirá todos los servicios cubiertos por Medicare y Healthy Connections Medicaid a través de <plan name>. Esto incluye medicamentos de receta. Usted no tiene que hacer ningún pago adicional para inscribirse en este plan de seguro de salud.

<Plan name> ayudará a que sus beneficios de Medicare y Healthy Connections Medicaid funcionen mejor juntos y que funcionen mejor para usted. Las ventajas incluyen:

* Usted tendrá un equipo de cuidado de salud que será armado con su ayuda. Su equipo de cuidado de salud podría incluir doctores, enfermeras, consejeros u otros profesionales de la salud, que le ayudarán a obtener el cuidado que necesita
* Usted tendrá un [coordinador de cuidados **or** administrador de cuidados (plan’s preference)], quien trabajará con usted, con <plan name> y con sus proveedores con el fin de que usted reciba el cuidado de salud que necesita.
* Usted podrá controlar el cuidado de su salud con ayuda de su equipo de cuidados y del [coordinador de cuidados **or** administrador de cuidados (plan’s preference)].
* El equipo de cuidados y el [coordinador de cuidados **or** administrador de cuidados (plan’s preference)] trabajarán con usted para preparar un plan de cuidados personales, diseñado para atender sus necesidades de salud. El equipo de cuidados estará a cargo de coordinar los servicios que usted necesita. Por ejemplo:
* Su equipo de cuidados se asegurará de informar a sus médicos todos los medicamentos que usted toma, para reducir los posibles efectos secundarios.
* Su equipo de cuidados se asegurará de que los resultados de sus exámenes sean enviados a todos sus médicos y otros proveedores.

# ¿Cuál es el área de servicio de <plan name>?

[Insert plan service area here or within an appendix. Include a map if one is available.

Use county name only if approved for entire county, for example: Nuestra área de servicios incluye estos condados en <State>: <counties>.

For partially approved counties, use county name plus ZIP code, for example: Nuestra área de servicios incluye partes del condado de <county> con estos códigos postales: <ZIP codes>.

If needed, plans may insert more than one row to describe their service area.]

<Plan name> es sólo para personas que viven en nuestra área de servicio.

Si usted se muda fuera de nuestra área de servicio, no podrá continuar en este plan.

# ¿Qué lo hace elegible para ser miembro del plan?

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

* vive en nuestra área de servicio; ***y***
* tiene 65 años de edad en el momento de su inscripción; ***y***
* tiene Medicare Partes A y B y D; ***y***
* es elegible para beneficios completos de Healthy Connections Medicaid; ***y***
* es ciudadano de Estados Unidos o está presente legalmente en los Estados Unidos.

Aunque reúna todos los criterios de arriba, usted no será elegible para nuestro plan si usted:

* es parte de la población de reducción de gastos de Healthy Connections Medicaid: ***o***
* tiene un Seguro completo de terceros; ***o***
* vive en un Hogar de cuidados intermedios para personas con discapacidades intelectuales (ICF/IID) o un Hogar para personas mayores en el momento de la determinación de su elegibilidad; ***o***
* está en un programa de hospicio o recibe servicios por Enfermedad renal en etapa terminal (ESRD) en el momento de la determinación de su elegibilidad; ***o***
* participa en un programa de excepción comunitario a largo plazo, que no sea Community Choices Waiver, HIV/AIDS Waiver o Mechanical Ventilation Waiver.

Usted puede elegir **inscribirse** **o quedarse en <plan name>** si usted:

* está inscrito en un plan Medicare Advantage o un Programa de cuidados completos para personas mayores (PACE). Su inscripción en Healthy Connections Prime cancela automáticamente su inscripción en su programa existente y cualquier plan de Medicaid Part D; ***o***
* se transfiere de un hogar para personas mayores o ICF/IIF a la comunidad; ***o***
* ya está inscrito en este plan, pero después entra a un hogar para personas mayores; ***o***
* está inscrito en este plan pero entra en un programa de hospicio o es elegible para servicios de ESRD.

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

**Al inscribirse por primera vez en el plan**, usted recibirá una evaluación inicial de riesgos de salud dentro de los primeros 30 días, para recoger información sobre su historial médico y social y sus necesidades.

También recibirá una evaluación completa dentro de los primeros 60 o 90 días, dependiendo de sus necesidades de salud. La evaluación completa dará una mirada más profunda a sus necesidades médicas, sociales y sus capacidades. Obtendremos información de usted, sus proveedores, su familia o las personas que le cuidan, cuando sea apropiado. Esta evaluación la realizarán profesionales de la salud entrenados y capacitados, como enfermeras, trabajadores sociales y [coordinador de cuidados **or** administrador de cuidados (plan’s preference)].

Podemos combinar su exploración inicial de salud y evaluación completa en una sola evaluación, realizada durante los primeros 60 días. De manera general, las personas inscritas en ciertos programas de excepción de Healthy Connections Medicaid [plans may insert other characteristics of high and moderate risk populations] recibirán la combinación de exploración inicial de salud y la evaluación completa.

Si su evaluación completa muestra que usted tiene necesidades de salud muy altas, posiblemente se le requiera que complete una Evaluación a largo plazo con una enfermera registrada. La Evaluación a largo plazo determina si necesita cuidado adicional en un hogar para personas mayores o a través de un programa de excepción con base en la comunidad.

**Si <plan name> es nuevo para usted**, usted puede seguir viendo a los médicos que ve ahora y conservar sus autorizaciones de servicios actuales durante 180 días después de su inscripción inicial. Durante este período de tiempo usted seguirá teniendo acceso a los mismos artículos, servicios y medicamentos de receta médicamente necesarios como hasta ahora. Usted seguirá teniendo acceso a sus proveedores médicos y mentales y a sus Servicios y respaldos a largo plazo (LTSS).

Muchos de los médicos y otros proveedores ya están en nuestra red, pero si no están, después de 180 días en nuestro plan, usted tendrá que ver médicos y otros proveedores de nuestra red. Podemos ayudarle a hacer la transición a un proveedor de la red en menos de 180 días, una vez que haya completado su evaluación completa, desarrollado un plan de transición y, solamente si usted está de acuerdo. *Un proveedor de la red es un proveedor que trabaja con el plan de salud.* Lea más información sobre cómo obtener cuidados en el Capítulo 3 [plans may insert reference, as applicable].

# ¿Qué es un plan de cuidado de salud?

Un *plan de cuidado de salud* es un plan para determinar qué servicios médicos usted recibirá y cómo los recibirá.

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

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

# ¿<Plan name> tiene una cuota mensual?

No.

# Información sobre 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, lea el Capítulo 9 [plans may insert reference, as applicable] o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

El contrato estará vigente durante los meses en que usted esté inscrito en <plan name> entre <start date> y <end date>.

# ¿Qué otra información le enviaremos?

Usted ya debe haber recibido una Tarjeta que le identifica como miembro de <plan name>, [insert if applicable: información sobre cómo acceder a] un *Directorio de proveedores y farmacias,* [plans that limit DME brands and manufacturers insert, una Lista de equipo médico duradero] y una *Lista de medicamentos cubiertos*.

## Su Tarjeta de identificación como miembro de <plan name>

Con nuestro plan, usted sólo tendrá una tarjeta para sus servicios de Medicare y Healthy Connections Medicaid, incluyendo servicios y respaldos a largo plazo y medicamentos de receta. Usted debe mostrar esta tarjeta cuando reciba servicios o medicamentos. La siguiente tarjeta es una muestra de cómo se verá la suya:

[Insert picture of front and back of Member ID Card. Mark it as a sample card (for example, by superimposing the word “sample” on the image of the card).]

Si su tarjeta se daña, se pierde o se la roban, llame inmediatamente a Servicios al miembro 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 Healthy Connections Medicaid para recibir servicios. Guarde esas tarjetas en un lugar seguro, en caso que las necesite más adelante.

## Directorio de proveedores y farmacias

El *Directorio de proveedores y farmacias* incluye una lista de los proveedores y farmacias de <plan name>. Mientras usted sea miembro de nuestro plan, deberá usar proveedores de la red para obtener servicios cubiertos. Existen algunas excepciones cuando usted se inscribe por primera vez en nuestro plan (lea la página <page number>).

* Usted puede pedir, cada año, un *Directorio de proveedores y farmacias* llamando a Servicios al miembro al número que se encuentra al pie de la página. También, usted puede leer el *Directorio de proveedores y farmacias* en nuestro sitio web anotado al pie de la página o descargarlo de este sitio web. [Plans may modify language if the Provider and Pharmacy Directory will be sent annually.]

[Plans must add information describing the information available in the directory.]

### ¿Qué son los “proveedores de la red”?

* Los proveedores de la red de <plan name> incluyen:
* Médicos, enfermeras y otros profesionales del cuidado de la salud, a los que usted podrá visitar siendo miembro de nuestro plan;
* Clínicas, hospitales, hogares de cuidados para personas mayores y otros sitios que proporcionan servicios de salud en nuestro plan; ***y***
* Agencias de cuidado de salud en el hogar, proveedores de equipo médico duradero, proveedores de servicios de excepción, proveedores de servicios a largo plazo y de respaldo y otros proveedores de mercaderías y servicios que usted recibe a través de Medicare o Healthy Connections Medicaid.
* Los proveedores de la red acordaron aceptar pagos de nuestro plan [plans with cost sharing, insert: y costo compartido] por los servicios cubiertos como pago total.

### ¿Qué son las “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 desee usar.
* Excepto en casos de emergencia, usted *deberá* surtir sus medicamentos de receta en las farmacias de nuestra red, si desea que nuestro plan le ayude a pagarlos.

Llame a Servicios al miembro al número anotado al pie de la página, para obtener más información. Tanto en los Servicios al miembro como en el sitio web de <plan name>, usted encontrará la información más actualizada sobre los cambios en nuestra red de farmacias y proveedores.

[Plans that limit DME brands and manufacturers insert the following section (for more information about this requirement, refer to the Medicare Managed Care Manual, Chapter 4, Section 10.12.1 et seq):

## Lista de equipo médico duradero

Con este Manual del miembro, le enviamos la Lista de equipo médico duradero de <plan name>. Esta lista le indica las marcas y fabricantes de equipo médico duradero que cubrimos. La lista más reciente de marcas, fabricantes y proveedores también está disponible en nuestro sitio web anotado al pie de la página.]

## Lista de medicamentos cubiertos

El plan tiene una *Lista de medicamentos cubiertos.* Para abreviar, la llamamos “Lista de medicamentos” y dice cuáles medicamentos de receta están cubiertos por <plan name>.

La Lista de medicamentos dice también si algún medicamento tiene reglas o restricciones, por ejemplo, un límite a la cantidad que podrá obtener. En el Capítulo 5 [plans may insert reference, as applicable] encontrará más información sobre estas reglas y restricciones.

Cada año, le enviaremos un ejemplar de la Lista de medicamentos, pero algunos cambios podrían ocurrir durante el año. Para obtener la información más actualizada sobre cuáles medicamentos están cubiertos, visite nuestro sitio web usando la información anotada al pie de la página o llame a Servicios al miembro al [plans should insert as appropriate: número anotado al pie de la página or al número anotado al pie de la página y <different toll-free number> **or** <different toll-free number>].

## Explicación de beneficios

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

En la *Explicación de beneficios* se indica la cantidad total que usted u otros a 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. En el Capítulo 6 se ofrece más información sobre la *Explicación de beneficios* y cómo le ayudarán a llevar un registro de la cobertura de sus medicamentos. Una *Explicación de beneficios* también está disponible cuando lo pida. Para obtener una copia, comuníquese con Servicios al miembro.

[Plans may insert other methods that members can get their EOB.]

# ¿Cómo puede mantener actualizado su expediente de miembro?

[In the heading and this section, plans should substitute the name used for this file if it is different from “membership record.”]

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 usted recibe y cuánto cuestan**. La mayoría de los servicios son gratuitos, pero es muy importante que nos ayude a mantener su información actualizada.

Infórmenos sobre lo siguiente:

* Si cambió su nombre, su dirección o su número de teléfono
* Si hay algún cambio de cobertura en cualquier otro tipo de seguro de salud que tenga, por ejemplo de su empleador, del empleador de su esposo o esposa o compensación laboral
* Si tiene algún reclamo por responsabilidad, como una demanda por un accidente automovilístico
* Si usted ingresa en un hogar para personas mayores o en un hospital
* Si recibe cuidado en un hospital o sala de emergencias fuera del área o fuera de la red
* Si cambia la persona encargada de su cuidado o la persona responsable por usted
* Si usted es parte de una investigación clínica

Si algún dato cambia, por favor infórmenos llamando a Servicios al miembro al número anotado al pie de la página.

[Plans that allow members to update this information online may describe that option here.]

## ¿Mantendremos la privacidad de su información personal?

Sí. Existen leyes que nos exigen mantener en forma confidencial sus expedientes médicos y su información personal. Nosotros nos aseguramos de que su información médica esté protegida. Para obtener más información sobre la manera en que protegemos su información personal, lea [plans may insert reference, as applicable].