# Instructions to Health Plans

* [Plans may add a cover page to the Summary of Benefits. Plans may include the marketing ID only on the cover page.]
* [Plans should replace the reference to “Member Services” with the term the plan uses.]
* [Plans should note that any reference to a “Member Handbook” is also a reference to the Evidence of Coverage document.]
* [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.]
* [For the “Limitations, exceptions, & benefit information” column, plans should provide specific information about need for referrals, need for prior authorization, utilization management restrictions for drugs, maximum out of pocket costs on services, permissible OON services, and applicable cost sharing (if different than in-plan cost sharing).]
* [For the “You need help living at home” category of services, indicate if services are only available to beneficiaries in a waiver program, in which case plans should indicate that State eligibility requirements may apply.]
* [The multi-language insert is a document that contains language translated into multiple languages (Spanish, Chinese, Tagalog, French, Vietnamese, German, Korean, Russian, Arabic, Italian, Portuguese, French Creole, Polish, Hindi, and Japanese) regarding the availability of interpreter services. Regardless of the CMS or State translation requirements, all plans must include the CMS created multi-language insert as specified in the Medicare Marketing Guidelines.]
* [Plans may place a QR code on materials to provide an option for members to go online.]

## Description: Exclamation in boxÉste es un resumen de los servicios médicos cubiertos por <plan name> para <date>. Éste sólo es un resumen. Lea el Manual del miembro para ver la lista completa de beneficios.

* <Plan´s legal or marketing name> es un plan de salud que tiene contrato con Medicare and South Carolina Healthy Connections Medicaid, para proporcionar beneficios de los dos programas a los inscritos. Este plan combinado se llama Healthy Connections Prime y es para personas que tienen Medicare y Healthy Connections Medicaid, tienen 65 años de edad o más, tienen Medicare Partes A, B y D y son elegibles para los beneficios completos de Healthy Connections Medicaid. Usted podrá encontrar más información sobre quién es elegible, en el Capítulo 1 del Manual del miembro.
* Con <plan name>, usted puede obtener sus servicios de Medicare y de Healthy Connections Medicaid en un sólo plan de salud. Un [coordinador de cuidados **or** administrador de cuidados (plan's preference)] de <plan name> le ayudará a administrar sus necesidades de cuidado de salud.
* Ésta no es una lista completa. La información de beneficios es un resumen breve, no una descripción completa de los beneficios. Para obtener más información comuníquese con el plan o lea el Manual del miembro.
* Se pueden aplicar limitaciones [, copagos] y restricciones. Para obtener más información, llame a Servicios al miembro de <plan name> o lea el Manual del miembro de <plan name>.
* La Lista de medicamentos cubiertos y/olas redes de farmacias y proveedores pueden cambiar 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 podrían variar de acuerdo con el nivel de Ayuda adicional que usted reciba. Comuníquese con el plan para conocer más detalles.
* You can get this information for free in other languages. Please call our customer service number at [insert Member Services toll-free phone and TTY/TDD numbers, days and hours of operation]. The call is free.

Usted puede obtener esta información en otros idiomas de manera gratuita. Llame al [insert Member Services toll-free phone and TTY/TDD numbers, days 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 esta información gratuita 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.]

### En el cuadro a continuación aparecen las preguntas frecuentes.

[Plans may add a maximum of two additional FAQs to this section. For example, plans may add an FAQ giving additional information about their specific plan or describing their model of care. Answers must be kept brief, consistent with the pre-populated responses in the template.]

| Preguntas frecuentes (FAQ) | Respuestas |
| --- | --- |
| ¿Qué es un plan de Medicare-Medicaid? | Un plan de Medicare-Medicaid es una organización compuesta por médicos, hospitales, farmacias, proveedores de servicios a largo plazo y otros proveedores. También tiene [coordinador de cuidados **or** administrador de cuidados (plan's preference)], quienes le ayudan a administrar a todos sus proveedores y servicios. Trabajan juntos para darle los cuidados que usted necesite. |
| ¿Qué es un [coordinador de cuidados or administrador de cuidados (plan's preference)] de <plan name>? | Un [coordinador de cuidados **or** administrador de cuidados (plan's preference)] de <plan name> es la persona principal a quién llamar. Esta persona ayuda a administrar todos sus proveedores y servicios y se asegura de que usted obtenga lo que necesite. |
| ¿Qué son los servicios y respaldos a largo plazo? | Los servicios y respaldos a largo plazo (LTSS) son una variedad de servicios y respaldos que ayudan a las personas a atender sus necesidades diarias de asistencia y mejoran la calidad de sus vidas. Los LTSS son ayudas para las personas que necesiten ayuda para realizar las tareas de la vida diaria, como tomar un baño, vestirse, preparar alimentos y tomar sus medicamentos. La mayoría de estos servicios son proporcionados en su hogar y en su comunidad, pero podrían proporcionarse en un hogar de cuidados para personas mayores o un hospital. |
| ¿Recibirá con <plan name> los mismos beneficios de Medicare y Medicaid que recibe ahora? | Usted obtendrá sus beneficios cubiertos por Medicare y Healthy Connections Medicaid directamente de <plan name>. Usted trabajará con un equipo de proveedores que ayudará a determinar qué servicios son los más adecuados para cubrir sus necesidades. Esto significa que pueden cambiar algunos de los servicios que recibe ahora. Usted recibirá casi todos sus beneficios cubiertos de Medicare y Healthy Connections Medicaid directamente de <plan name>, pero usted podría recibir algunos beneficios de la misma manera que ahora, fuera del plan. Este plan también ofrece servicios que normalmente no cubren Medicare o Healthy Connections Medicaid.  Cuando se inscriba en <plan name>, usted y su equipo de cuidados trabajarán juntos para hacer un Plan de cuidados individualizado (ICP), para atender sus necesidades de salud y respaldo. Mientras tanto, usted podrá seguir viendo los proveedores que usted ve ahora durante 180 días. Usted también podrá seguir recibiendo los mismos servicios y cualquier otro que haya sido autorizado antes de su inscripción en <plan name>.  Cuando usted se une a nuestro plan, si toma algún medicamento de receta de Medicare Parte D que <plan name> no cubra normalmente, usted podrá obtener un suministro temporario. Le ayudaremos a obtener otro medicamento o una excepción para que <plan name> cubra su medicamento, si es médicamente necesario. |
| ¿Puede consultar los mismos médicos que consulta ahora? | Esto es posible con frecuencia. Si sus proveedores (incluyendo médicos, terapeutas y farmacias) trabajan con <plan name> y tienen contrato con nosotros, usted podrá seguir viéndolos. Los proveedores que tienen acuerdos con nosotros se consideran “dentro de la red”. Usted debe usar proveedores de la red de <plan name>. Si necesita cuidados urgentes, de emergencia o servicios de diálisis fuera del área, usted puede usar proveedores fuera del área del plan de <plan name>. [Plans may insert additional exceptions as appropriate.]  Para saber si sus médicos están dentro de la red del plan, llame a Servicios al miembro o lea el Directorio de proveedores y farmacias de <plan name>.  Si <plan name> es nuevo para usted, usted puede continuar consultando a los médicos que ve ahora durante 180 días después de su inscripción inicial, incluso si ellos están fuera de la red. Si necesita seguir viendo a sus proveedores fuera de la red después de los primeros 180 días, en nuestro plan, cubriremos solamente los cuidados si el proveedor firma con nosotros un acuerdo de caso individual. S usted recibe tratamiento continuo de algún proveedor fuera de la red y le parece que éste tendría que tener un acuerdo de caso individual, comuníquese con [plans must enter name of department or entity] al <phone number>. |
| ¿Qué sucederá si necesita algún servicio pero ningún proveedor de la red de <plan name> puede proporcionárselo? | La mayoría de los servicios serán prestados por proveedores de nuestra red. Si necesita algún servicio que no pueda ser proporcionado dentro de la red, <plan name> pagará el costo de un proveedor fuera de la red. |
| ¿Dónde está disponible <plan name>? | El área de servicio de este plan incluye: [plans should enter condado **or** condados; if plan is statewide, plan can enter: todos los Condados en] South Carolina. Usted debe vivir en [plans should enter: esta área **or** una de estas áreas] para unirse al plan. |
| ¿Usted paga una cantidad mensual (también llamada cuota) con <plan name>? | Usted no pagará ninguna cuota mensual a <plan name> por su cobertura de salud. |
| ¿Qué es una autorización previa? | Autorización previa significa que usted debe obtener aprobación de <plan name> antes de que pueda recibir un servicio, artículo o medicamento específicos o para consultar a un proveedor fuera de la red. <Plan name> podría no cubrir el servicio o medicamento si usted no obtiene autorización. Si necesita cuidados urgentes o de emergencia o servicios de diálisis fuera del área, no necesita obtener primero la aprobación. |
| ¿Qué es una preautorización?  [If a plan does not require referrals for any of its services, the plan may delete this question.] | Una preautorización significa que su proveedor personal debe darle su aprobación para que usted consulte a alguien que no sea su proveedor personal. Si usted no obtiene la aprobación, <plan name> podría no cubrir los servicios y le podría facturar a usted por esos servicios. Existen ciertos especialistas para los que no necesita una preautorización, como los especialistas en salud femenina. Para obtener más información sobre cuándo se necesita una preautorización, lea el Manual del miembro. |
| ¿Qué es Ayuda adicional?  [If a plan is electing to reduce Part D  copayments to $0, the plan may delete this question.] | La Ayuda adicional es un programa de Medicare que ayuda a reducir los costos de su programa de medicamentos de receta, tales como copagos. Sus copagos de medicamentos de receta con <plan name> ya incluyen la cantidad de Ayuda adicional para la que usted es elegible. Para obtener más información sobre Ayuda adicional, comuníquese con su Oficina del Seguro Social o llame al Seguro Social al 1-800-772-1213. Los usuarios de TTY pueden llamar al  1-800-325-0778. [Plan may substitute TTY/TDD number with or add contact information for Video Relay or other accessible technology.] |
| ¿Con quién debe comunicarse si tiene alguna pregunta o necesita ayuda? | Si tiene alguna pregunta general o sobre nuestro plan, servicios, área de servicio, cobros o Tarjetas de identificación de miembros, por favor llame a Servicios al miembro de <plan name> al número anotado al pie de la página.  Servicios al miembro también tiene servicios gratuitos de interpretación de idiomas para las personas que no hablen inglés. |
| ¿Con quién debe comunicarse si tiene dudas o necesita ayuda?  *(continuación)*  [Plans may modify the call-lines as appropriate.] | Si tiene preguntas sobre su salud, llame a la línea Nurse Advice Call:  **LLAME AL**: <Phone number>  Las llamadas a este número son gratuitas. <Days and hours of operation.> [Include information on the use of alternative technologies.]  **TTY**: <TTY/TDD phone number>  [Insert if the plan uses a direct TTY number: Este número es para personas con problemas para oír o para hablar. Usted debe tener equipo telefónico especial para llamar.]  Las llamadas a este número [insert if applicable: son **or** no son] gratuitas. <Days and hours of operation.>  [Insert if applicable: Si necesita servicios inmediatos de salud del comportamiento, por favor llame a la Línea de crisis de salud del comportamiento:  **LLAME AL:** <Phone number>  Las llamadas a este número son gratuitas. <Days and hours of operation.> [Include information on the use of alternative technologies.]  **TTY:** <TTY/TDD phone number>  [Insert if the plan uses a direct TTY number: Este número es para personas con problemas para oír o para hablar. Usted debe tener equipo telefónico especial para llamar.]  Las llamadas a este número [insert if applicable: son **or** no son] gratuitas. <Days and hours of operation.>] |

### El cuadro siguiente es un resumen rápido de los servicios que posiblemente necesite, sus costos y las reglas de los beneficios.

| Necesidad o problema  de salud | Servicios que posiblemente necesite [This category includes examples of services that beneficiaries may need. The health plan should add or delete any services based on the services covered by the State.] | Su costo por proveedores  dentro de la red [Plans should insert cost sharing where applicable.] | Limitaciones, excepciones e información de beneficios (reglas de los beneficios) [Plans should provide specific information about: need for referrals, need for prior authorization, utilization management restrictions for drugs, maximum out of pocket costs on services, and permissible OON services and applicable cost sharing (if different than in-network cost sharing).] |
| --- | --- | --- | --- |
| Usted quiere consultar a un médico | Consultas para atender una lesión o enfermedad | $0 |  |
| Consultas de rutina, como un examen médico | $0 |  |
| Cuidados de especialista | $0 |  |
| Cuidados para evitar que se enferme, como vacunas contra la gripe | $0 |  |
| Consulta preventiva "Bienvenidos a Medicare" (una sola vez) | $0 |  |
| Usted necesita análisis médicos | Análisis de laboratorio, como de sangre | $0 |  |
| Radiografías u otras imágenes, como tomografías axiales computarizadas (CAT Scans) | $0 |  |
| Exámenes exploratorios, como pruebas para detectar el cáncer | $0 |  |
| Necesita medicamentos para atender su enfermedad o padecimiento | Medicamentos genéricos (no de marca) | [Plans should insert a single amount, or all applicable copay amounts for a tier with LIS copay amounts] para un suministro de [must be at least 30-day] días.  [Plans may delete the following statement if they charge $0 for all generic drugs.]  Los copagos de medicamentos de receta podrían variar de acuerdo con el nivel de Ayuda adicional que usted reciba. Comuníquese con el plan para conocer más detalles. | Posiblemente haya limitaciones en cuanto a los tipos de medicamentos cubiertos. Lea más información en la Lista de medicamentos cubiertos (Lista de medicamentos) de <plan name>.  [Plans must indicate if extended-day supplies are available at retail and/or mail order pharmacy locations and make clear that the cost sharing amount for these extended-day supplies is the same as for a one-month supply.] |
| Necesita medicamentos para atender su enfermedad o padecimiento  *(continuación)* | Medicamentos de marca | [Plans should insert a single amount, or all applicable copay amounts for a tier with LIS copay amounts] para un suministro de [must be at least 30-day] días.  [Plans may delete the following statement if they charge $0 for all brand name drugs.] Los copagos de medicamentos de receta podrían variar de acuerdo con el nivel de Ayuda adicional que usted reciba. Comuníquese con el plan para conocer más detalles. | Posiblemente haya limitaciones en cuanto a los tipos de medicamentos cubiertos. Lea más información en la Lista de medicamentos cubiertos (Lista de medicamentos) de <plan name>.  [Plans must indicate if extended-day supplies are available at retail and/or mail order pharmacy locations and make clear that the cost sharing amount for these extended-day supplies is the same as for a one-month supply.] |
| Necesita medicamentos para atender su enfermedad o padecimiento  *(continuación)* | Medicamentos de venta libre | [Plans should insert a single amount, multiple amounts, or minimum/ maximum range.] | Posiblemente haya limitaciones en cuanto a los tipos de medicamentos cubiertos. Lea más información en la Lista de medicamentos cubiertos (Lista de medicamentos) de <plan name>. |
| Medicamentos de receta de Medicare Parte B | $0 | Los medicamentos de Parte B incluyen medicamentos administrados por su médico en su consultorio, algunos medicamentos orales para el cáncer y algunos medicamentos usados con cierto equipo médico. Lea en el Manual del miembro más información sobre estos medicamentos. |
| Usted necesita tratamiento después de una embolia o accidente | Terapia física, ocupacional o del habla | $0 |  |
| Servicios quiroprácticos (sólo manipulación manual de ciertas condiciones aprobadas) | $0 |  |
| Usted necesita cuidados de emergencia | Servicios de sala de emergencias | $0 | [Plans must state that emergency room services must be provided OON and without prior authorization requirements.] |
| Servicios de ambulancia | $0 |  |
| Cuidados de urgencia | $0 | [Plans must state that urgent care services must be provided OON and without prior authorization requirements.] |
| Usted necesita cuidados hospitalarios | Estadías en el hospital | $0 |  |
| Cuidados del médico o cirujano | $0 |  |
| Usted necesita ayuda para mejorar o tiene necesidades médicas especiales | Servicios de rehabilitación | $0 |  |
| Equipo médico para cuidados en el hogar | $0 |  |
| Cuidados de enfermería especializada | $0 |  |
| Usted necesita cuidados de la vista | Tratamiento de lesiones o enfermedades de los ojos | $0 |  |
| Reemplazo inicial de lentes debido a una cirugía de cataratas | $0 |  |
| Usted necesita atención dental | Procedimientos dentales de emergencia practicados por cirujanos orales | $0 |  |
| Procedimientos dentales relativos a trasplantes de órganos, cáncer, reemplazo de cadera o de válvulas cardíacas y trauma | $0 |  |
| Usted necesita cuidado de los pies | Servicios de podiatría | $0 |  |
| Usted necesita servicios del oído o auditivos | Exámenes del oído | $0 |  |
| Usted tiene una enfermedad crónica, como diabetes o enfermedad del corazón | Servicios para ayudarle a controlar su enfermedad | $0 |  |
| Suministros y servicios para la diabetes | $0 |  |
| Servicios de rehabilitación cardíaca y pulmonar | $0 |  |
| Usted tiene alguna enfermedad de salud mental | Servicios de salud mental o del comportamiento | $0 |  |
| Hospitalización parcial | $0 | [Network plans that do not have an in-network community mental health center may add: **Nota:** Como no hay centros comunitarios de salud mental en nuestra red, cubrimos hospitalización parcial solamente como paciente externo de hospital.] |
| Usted tiene un problema de abuso en el consumo de sustancias | Servicios por abuso en el consumo de sustancias | $0 |  |
| Usted necesita servicios de salud mental a largo plazo | Cuidados como paciente interno para personas que necesitan cuidados de salud mental | $0 |  |
| Usted necesita equipo médico duradero (DME) | Sillas de ruedas | [List Medicare and Healthy Connections Medicaid-related copays, if any, according to your plan benefit package, not to exceed the allowed maximum of $3.40 – for example, $0 **or** $3.40] | [If copay amounts are different for Medicare and Medicaid-covered items, explain to which services any different copay amounts in this category would apply. For example, Copago de $0 por <name of item>, cubierto por Medicare. Copago de <amount, not to exceed $3.40> por <name of item> cubierto solamente por Healthy Connections Medicaid.] |
| Usted necesita equipo médico duradero (DME)  *(continuación)* | Bastones | [List Medicare and Healthy Connections Medicaid-related copays, if any, according to your plan benefit package, not to exceed the allowed maximum of $3.40 – for example, $0 **or** $3.40] | [If copay amounts are different for Medicare and Medicaid-covered items, explain to which services any different copay amounts in this category would apply. For example, Copago de $0 por <name of item>, cubierto por Medicare. Copago de <amount, not to exceed $3.40> por <name of item> cubierto solamente por Healthy Connections Medicaid.” Additionally, if applicable, plans can add “White canes for the blind are not covered.”] |
| Muletas | [List Medicare and Healthy Connections Medicaid-related copays, if any, according to your plan benefit package, not to exceed the allowed maximum of $3.40 – for example, $0 **or** $3.40] | [If copay amounts are different for Medicare and Medicaid-covered items, explain to which services any different copay amounts in this category would apply. For example, Copago de $0 por <name of item>, cubierto por Medicare. Copago de <amount, not to exceed $3.40> por <name of item> cubierto solamente por Healthy Connections Medicaid.] |
| Usted necesita equipo médico duradero (DME)  *(continuación)* | Andadores | [List Medicare and Healthy Connections Medicaid-related copays, if any, according to your plan benefit package, not to exceed the allowed maximum of $3.40 – for example, $0 **or** $3.40] | [If copay amounts are different for Medicare and Medicaid-covered items, explain to which services any different copay amounts in this category would apply. For example, Copago de $0 por <name of item>, cubierto por Medicare. Copago de <amount, not to exceed $3.40> por <name of item> cubierto solamente por Healthy Connections Medicaid.] |
| Oxígeno | [List Medicare and Healthy Connections Medicaid-related copays, if any, according to your plan benefit package, not to exceed the allowed maximum of $3.40 – for example, $0 **or** $3.40] | [If copay amounts are different for Medicare and Medicaid-covered items, explain to which services any different copay amounts in this category would apply. For example, Copago de $0 por <name of item>, cubierto por Medicare. Copago de <amount, not to exceed $3.40> por <name of item> cubierto solamente por Healthy Connections Medicaid.] |
| Usted necesita aparatos prostéticos | Dispositivos prostéticos | [List Medicare and Healthy Connections Medicaid-related copays, if any, according to your plan benefit package, not to exceed the allowed maximum of $3.40 – for example, $0 **or** $3.40] | [If copay amounts are different for Medicare and Medicaid-covered items, explain to which services any different copay amounts in this category would apply. For example, Copago de $0 por <name of item>, cubierto por Medicare. Copago de <amount, not to exceed $3.40> por <name of item> cubierto solamente por Healthy Connections Medicaid.] |
| Usted necesita ayuda para su vida en casa | Alimentos llevados a su casa | $0 | [For all LTSS, insert the following if services are only available to beneficiaries on a waiver: Estos servicios se proporcionan solamente a los miembros inscritos en los programas de excepción Community Choices, VIH o SIDA o para personas dependientes de un respirador mecánico.] |
| Usted necesita ayuda para su vida en casa | Servicios para el hogar, como limpieza o tareas domésticas | $0 | [For all LTSS, insert the following if services are only available to beneficiaries on a waiver: Estos servicios se proporcionan solamente a los miembros inscritos en los programas de excepción Community Choices, VIH o SIDA o para personas dependientes de un respirador mecánico.] |
| Cambios a su casa, como rampas y acceso para silla de ruedas | $0 | [For all LTSS, insert the following if services are only available to beneficiaries on a waiver: Estos servicios se proporcionan solamente a los miembros inscritos en los programas de excepción Community Choices, VIH o SIDA o para personas dependientes de un respirador mecánico.] |
| Asistente de cuidados personales  (Posiblemente pueda contratar su propio asistente. Llame a Servicios al miembro para pedir más información.) | $0 | [For all LTSS, insert the following if services are only available to beneficiaries on a waiver: Estos servicios se proporcionan solamente a los miembros inscritos en los programas de excepción Community Choices, VIH o SIDA o para personas dependientes de un respirador mecánico.] |
| Usted necesita ayuda para su vida en casa  *(continuación)* | Servicios de cuidados de salud en el hogar | [$0 **or** $3.30] | Los servicios de atención de salud en el hogar, cubiertos por Medicare, tienen un copago de  $0. Los servicios de salud en el hogar cubiertos por Healthy Connections Medicaid tienen un copago de $3.30. |
| Servicios para ayudarle a vivir por su cuenta | [$0 **or** $3.30] | Los servicios de atención de salud en el hogar, cubiertos por Medicare, tienen un copago de  $0. Los servicios de salud en el hogar cubiertos por Healthy Connections Medicaid tienen un copago de $3.30. |
| Servicios de día para adultos u otros servicios de respaldo | $0 |  |
| Usted necesita un lugar dónde vivir, con personas a su disposición para ayudarle | Cuidados en hogares para personas de la tercera edad | $0 o una cantidad de acuerdo con sus ingresos | Usted debe contribuir para el costo de este servicio cuando sus ingresos sean mayores a la cantidad permitida. Esta contribución, conocida como la cantidad de pago del paciente, se requiere solamente para aquellos que viven en un hogar de cuidados para personas mayores. Usted no tendrá que pagar si está en el hogar de cuidados para personas mayores por un período corto de rehabilitación. |
| La persona que le cuida necesita una pausa | Cuidados de respiro | $0 | El cuidado de respiro puede proporcionarse en una institución de cuidado residencial comunitaria (CRCF) o un hogar para personas mayores. Los servicios a los miembros están limitados un total de 28 días de respiro por año. Se pueden recibir hasta 14 días de cuidado de respiro en un hogar para personas mayores. |
| Usted necesita cuidados por enfermedad avanzada o una lesión que amenace su vida | Cuidados paliativos | $0 |  |
| Usted necesita servicios de planificación familiar | Control de la natalidad (condones) | $0 | Los suministros de planificación familiar están cubiertos solamente con receta. |
| Exámenes de laboratorio y diagnósticos de planificación familiar | $0 |  |
| Tratamiento de enfermedades de transmisión sexual (STI) | $0 |  |

### Otros servicios que cubre <plan name>

Esta no es una lista completa. Llame a Servicios al miembro o lea el Manual del miembro para averiguar sobre   
los demás servicios cubiertos.

| Otros servicios cubiertos por <plan name>  [Insert special services offered by your program. This does not need  to be a comprehensive list.] | Sus costos por proveedores en la red  [Plans should include copays for listed services.] | |
| --- | --- | --- |
| Programas educativos y de bienestar | | $0 |
| Servicios para enfermedad renal en etapa terminal | | $0 |
| Servicios de infusión | | $0 |
| Servicios de transición de un hogar de cuidados ara personas mayores | | $0 |
| Servicios preventivos | | $0 |
| Servicios proporcionados en Centros de salud con certificación federal | | $0 |
| Administración de casos dirigida | | $0 |
| Telemedicina | | $0 |

### Beneficios cubiertos fuera de <plan name>:

Ésta no es una lista completa. Llame a Servicios al miembro para averiguar sobre otros servicios que no cubre <plan name>, pero están disponibles a través de Medicare o Healthy Connections Medicaid.

|  |
| --- |
| Otros servicios cubiertos por Medicare o Healthy Connections Medicaid  Por favor comuníquese con su [coordinador de cuidados or administrador de cuidados (plan's preference)] para obtener más información.  [Insert services covered outside the plan by Medicare fee-for-service and/or Medicaid fee-for-service, as appropriate. This does not need to be a comprehensive list. Plans should include copays for listed services. Plans may consult Section G of Chapter 4 of the Member Handbook for examples.] |
| Algunos servicios de hospicio: copago de $0 |
| Servicios dentales   * Diagnósticos (evaluaciones orales y radiografías): copago de $3.40 * Cuidado preventivo (limpieza anual): copago de $3.40 * Cuidado de restauración (empastes): copago de $3.40 * Cuidado quirúrgico (extracciones): copago de $3.40 |
| Transporte médico fuera de emergencias: copago de $0 |

### Servicios que no cubren <plan name>, Medicare y Healthy Connections Medicaid:

| Servicios que no están cubiertos por <plan name>, Medicare o Healthy Connections Medicaid  [Insert any excluded benefit categories. This does not need to be a comprehensive list. Plans may consult Section H of Chapter 4 Member Handbook for examples.] |
| --- |
| Acupuntura |
| Cuidados quiroprácticos (excepto manipulación manual en ciertas condiciones aprobadas) |
| Cirugía cosmética o trabajos cosméticos |
| Dentaduras postizas |
| Procedimientos o servicios de mejoramiento de elección o voluntarios |
| Tratamientos, medicamentos y artículos médicos y quirúrgicos experimentales |
| Anteojos, exámenes regulares de la vista y ciertos procedimientos para la vista, como cirugías LASIK |
| Servicio de enfermería de tiempo completo en el hogar |
| Exámenes de audición y audífonos (excepto para ciertas condiciones aprobadas) |
| Servicios naturopáticos |
| Suministros de anticonceptivos de venta libre |
| Zapatos ortopédicos (a menos que estén incluidos en el arnés o para enfermedad de pie diabético).  Dispositivos de soporte para los pies (excepto para enfermedad de pie diabético) |
| Artículos personales en su habitación de hospital u hogar de cuidados para personas mayores |
| Habitación privada en el hospital |
| Cuidados de los pies de rutina (excepto para ciertas condiciones aprobadas) |
| Servicios no considerados como "razonables y necesarios" |
| Servicios proporcionados a veteranos en una institución de VA |
| Tratamiento quirúrgico de obesidad patológica |

### Sus derechos como miembro del plan

Como miembro de <plan name>, usted tiene ciertos derechos. Usted puede ejercer estos derechos sin ser castigado. También puede ejercer estos derechos sin perder sus servicios de cuidados de salud. Le hablaremos de sus derechos por lo menos una vez al año. Para obtener más información sobre sus derechos, lea el Manual del miembro. Sus derechos incluyen, sin limitación, lo siguiente:

* **Usted tiene derecho a ser tratado con respeto, imparcialidad y dignidad.** Esto incluye el derecho a:

Recibir servicios cubiertos, sin importar su raza, etnicidad, origen nacional, religión, sexo, edad, discapacidad mental o física, orientación sexual, información genética, posibilidades de pago o capacidad para hablar inglés

Recibir información en otros formatos a su pedido (por ejemplo: letras grandes, braille, audio)

Estar libre de todo tipo de restricción o reclusión

Que no le cobren los proveedores

* **Usted tiene derecho a recibir información sobre sus cuidados de salud.** Esto incluye información sobre tratamiento y sus opciones de tratamiento. Esta información debe estar en un formato que usted pueda entender. Estos derechos incluyen recibir información sobre:

Descripción de los servicios que cubrimos

Cómo obtener servicios

Cuánto le costarán los servicios

Nombres de proveedores de cuidados de salud y administradores de cuidados

* **Usted tiene derecho a tomar decisiones sobre sus cuidados, incluso a rechazar el tratamiento.** Esto incluye el derecho de:

Elegir un proveedor personal (PCP) y poder cambiarlo en cualquier momento.

Ver un proveedor de servicios de salud para mujeres sin preautorización

Recibir sus servicios y medicamentos cubiertos rápidamente

Saber sobre todas las opciones de tratamiento, sin importar su costo o si están cubiertos o no.

Rechazar tratamiento, aunque su médico aconseje lo contrario

Dejar de tomar medicamentos

Pedir una segunda opinión. <Plan name> pagará el costo de la consulta para la segunda opinión.

* **Usted tiene derecho al acceso oportuno a cuidados de salud sin obstáculos de comunicación o de acceso físico.** Esto incluye el derecho a:

Recibir oportunamente cuidados de salud

Entrar y salir del consultorio de un proveedor de servicios médicos. Esto significa acceso libre sin obstáculos para personas con discapacidades, de acuerdo con la Ley de estadounidenses con discapacidades

Tener intérpretes que le ayuden a comunicarse con sus médicos y con su plan de seguro de salud.

* **Usted tiene derecho a buscar cuidados de emergencia y urgencia cuando los necesite.** Esto significa que usted tiene derecho de:

Recibir servicios de emergencia sin aprobación previa en una emergencia

Ver a un proveedor de servicios médicos de urgencia o emergencia fuera de la red cuando sea necesario

* **Usted tiene derecho a la confidencialidad y la privacidad.** Esto incluye el derecho de:

Pedir y obtener una copia de sus expedientes médicos de manera que usted pueda comprenderlos y pedir que se hagan cambios o correcciones a sus expedientes.

Que su información médica personal se mantenga privada.

* **Usted tiene el derecho a quejarse sobre sus cuidados o servicios cubiertos.** Esto incluye el derecho de:

Presentar una queja o reclamación contra nosotros o nuestros proveedores

Pedir un audiencia imparcial del estado

Obtener una explicación detallada de por qué se negaron los servicios

Para obtener más información sobre sus derechos, puede leer el Manual del miembro de <plan name>. También puede llamar a Servicios al miembro de <plan name> si tiene alguna pregunta.

### Si usted tiene alguna queja o le parece que deberíamos cubrir algo que negamos

Si usted tiene alguna queja o le parece que <plan name> debería cubrir algo que negamos, llame a <plan name> al <toll-free number>. Usted podría apelar nuestra decisión.

Si tiene alguna pregunta sobre sus quejas, puede leer el capítulo 9 del Manual del miembro de <plan name>. También puede llamar a Servicios al miembro de <plan name>.

[Plans should include contact information for complaints, grievances, and appeals.] Hay un ombudsman especial para este programa, llamado Healthy Connections Prime Advocate. Healthy Connections Prime Advocate no trabaja para nosotros ni para Healthy Connections Medicaid. Éste puede ayudarle a entender sus derechos y el proceso de apelaciones y puede ayudarle con su apelación. Usted puede comunicarse con Healthy Connections Prime Advocate al 1-844-477-4632.

### Si usted sospecha algún fraude

La mayoría de los profesionales de cuidados de salud y las organizaciones que proporcionan servicios son honestos. Desafortunadamente, puede haber algunos deshonestos.

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

* Llámenos a Servicios al miembro de <plan name>. Los números de teléfono están anotados al pie de la página y en la cubierta de este resumen. ***O***
* Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al   
  1-877-486-2048. Usted puede llamar a estos números gratuitos, las 24 horas del día y 7 días a la semana.
* [Plans may also insert additional State-based resources for reporting fraud.]