Instructions to Health Plan

* [Plan may add a cover page to the Summary of Benefits. Plan may include the Material ID only on the cover page.]
* [Where the template instructs inclusion of a phone number, plan must ensure it is a toll-free number and include a toll-free TTY number and days and hours of operation.]
* [Plan should note that any reference to a “Member Handbook” is also a reference to the Evidence of Coverage document.]
* [Plan should add or delete the categories in the “Services you may need” column to match State-specific benefit requirements.]
* [For the “Limitations, exceptions, & benefit information” column, plan should provide specific information about need for referrals, need for prior authorization (PA), 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 members in a waiver program, in which case the plan should indicate that State eligibility requirements may apply.]
* [Plan may place a QR code on materials to provide an option for members to go online.]
* [Wherever possible, the plan is encouraged to adopt good formatting practices that make information easier for English-speaking and non-English-speaking enrollees to read and understand. The following are based on input from beneficiary interviews:
* Format a section, chart, table, or block of text to fit onto a single page. In instances where plan-customized information causes an item or text to continue on the following page, enter a blank return before right aligning with clear indication that the item continues (for example, similar to the Benefits Chart in Chapter 4 of the Member Handbook, insert:**Esta sección continúa en la página siguiente**).
* Ensure plan-customized text is in plain language and complies with reading level requirements established in the three-way contract.
* Break up large blocks of plan-customized text into short paragraphs or bulleted lists and give a couple of plan-specific examples as applicable.
* Spell out an acronym or abbreviation before its first use in a document or on a page (for example, Long-term services and supports (LTSS) or low income subsidy (LIS)).
* Include the meaning of any plan-specific acronym, abbreviation, or key term with its first use.
* Avoid separating a heading or subheading from the text that follows when paginating the model.
* Use universal symbols or commonly understood pictorials.
* Draft and format plan-customized text and terminology in translated models to be culturally and linguistically appropriate for non-English speakers.
* Consider using regionally appropriate terms or common dialects in translated models. Include instructions and navigational aids in translated models in the translated language rather than in English.
* Consider producing translated models in large print.]

Introducción

Este documento es un resumen de los beneficios y servicios cubiertos por <plan name>. Incluye respuestas a preguntas frecuentes, información de contacto importante, un resumen de los beneficios y servicios ofrecidos, e información sobre sus derechos como un miembro de <plan name>. Los términos clave y sus definiciones se encuentran en orden alfabético en el último capítulo del *Manual del miembro*.

[Plan must update the Table of Contents to this document to accurately reflect where the information is found on each page after plan adds plan-customized information to this template.]

Tabla de contenidos

[A. Declaraciones requeridas 4](#_Toc140760571)

[B. Preguntas frecuentes 5](#_Toc140760572)

[C. Resumen de servicios 12](#_Toc140760573)

[D. Servicios cubiertos fuera de <plan name> 22](#_Toc140760574)

[E. Servicios que <plan name>, Medicare y Rhode Island Medicaid no cubren 23](#_Toc140760575)

[F. Sus derechos como miembro del plan 23](#_Toc140760576)

[G. Cómo presentar una queja o apelar un servicio que negamos 25](#_Toc140760577)

[H. Qué hacer si sospecha de la existencia de fraude 26](#_Toc140760578)

# Declaraciones requeridas

Este es un resumen de los servicios médicos cubiertos por <plan name> para <date>. Este solo es un resumen. Para ver la lista completa de beneficios, consulte el *Manual del miembro*. [*Plan must include information about how to contact Member Services to get a Member Handbook and how to access the Member Handbook on the plan’s website.*]

* [Plan must include all applicable disclaimers as required in the State-specific Marketing Guidance.]
* [As required at 42 CFR § 438.10(d)(2), all disclaimers and taglines that explain the availability of alternate formats using auxiliary aids and services or oral interpretation services and the toll-free telephone number of the entity providing choice counseling services as required by § 438.71(a), must be in a conspicuously visible font.]
* Con <plan name>, usted puede obtener sus servicios de Medicare y de Rhode Island Medicaid en un solo plan de salud. Un administrador de cuidados de <plan name> lo ayudará a administrar sus necesidades de cuidado de salud.
* Esta 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 consulte el *Manual del miembro*.
* ATENCIÓN: Si habla [insert language of the disclaimer], hay servicios de asistencia de idioma disponibles para usted sin cargo. Llame al [insert Member Services toll-free phone and TTY numbers, and days and hours of operation]. Los usuarios de TTY deben llamar al <TTY number>. La llamada es gratuita.[This disclaimer must be included in Spanish and all non-English languages that meet the Medicare and/or state thresholds for translation.]
* Usted puede obtener este documento gratis en otros formatos, como, por ejemplo, con letra grande, en braille o en audio. Llame a Servicios al miembro al <toll-free number>, <days and hours of operation>. Los usuarios de TTY deben llamar al <TTY number>. La llamada es gratuita.
* [*Plan also must simply describe:*
  + *how it will request a member’s preferred language other than English and/or alternate format,*
  + *how it will keep the member’s information as a standing request for future mailings and communications so the member does not need to make a separate request each time,* ***and***
  + *how a member can change a standing request for preferred language and/or format.*]

# Preguntas frecuentes

En el siguiente cuadro aparecen las preguntas frecuentes.

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

| **Preguntas frecuentes (FAQ)** | **Respuestas** |
| --- | --- |
| **¿Qué es un Plan Medicare-Medicaid?** | Un Plan Medicare-Medicaid es un plan de salud que contrata con Medicare y Rhode Island Medicaid para proveer beneficios de los dos programas a los inscritos. Sirve para personas con Medicare y Medicaid. Un Plan Medicare-Medicaid es una organización compuesta por médicos, hospitales, farmacias, proveedores de servicios a largo plazo y otros proveedores. También tiene administradores de cuidados, quienes lo ayudan a administrar todos sus proveedores y servicios. Todos ellos trabajan conjuntamente para proporcionarle los cuidados que usted necesite. |
| **¿Qué es un administrador de cuidados de <plan name>?** | Un administrador de cuidados de <plan name> es la persona principal con la que puede contactar. 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) ayudan a las personas que necesitan asistencia para realizar tareas cotidianas, como bañarse, vestirse, preparar la comida y tomar medicamentos. La mayoría de esos servicios se proporcionan en su hogar o en su comunidad, pero se podrían proporcionar en un hogar para personas de la tercera edad u hospital. Nuestro plan cubre los LTSS para miembros que los necesitan y son elegibles por medio de Rhode Island Medicaid. Es posible que deba pagar una parte de los costos de los servicios. Esto se denomina “costo compartico” y Rhode Island Medicaid determina el monto que debe pagar. |
| **¿Recibiré con <plan name> los mismos beneficios de Medicare y Rhode Island Medicaid que recibo ahora?** | Usted obtendrá sus beneficios cubiertos por Medicare y Rhode Island 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. [Plan should add if applicable:Usted recibirá casi todos sus beneficios cubiertos de Medicare y Rhode Island Medicaid directamente de <plan name>, pero podría recibir algunos beneficios de la misma manera que ahora, fuera del plan.]  Cuando se inscriba en <plan name>, usted y su equipo para el cuidado de salud trabajarán juntos para desarrollar un Plan de cuidados individualizado para que puedan atender sus necesidades de salud y respaldo. Mientras tanto, [Plan should add information about continuity of care:e.g., usted podrá seguir acudiendo a sus médicos y recibiendo los beneficios que recibe ahora hasta por 90 días o hasta que termine su plan de cuidado]. Cuando usted se une a nuestro plan, si toma algún medicamento de receta de la Parte D de Medicare o medicamentos cubiertos por Rhode Island Medicaid que <plan name> no cubra normalmente, usted podrá obtener un suministro temporal. Le ayudaremos a obtener otro medicamento o una excepción para que <plan name> cubra su medicamento, siempre y cuando sea médicamente necesario. |
| **¿Puedo seguir acudiendo a los mismos médicos que hasta ahora?** | Esto pasa 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 a proveedores de la red de <plan name>.** * Si necesita cuidado de urgencia o de emergencia o servicios de diálisis fuera del área de servicio, usted puede usar proveedores fuera del área del plan de <plan name>. [Plan may insert additional exceptions as appropriate.]   Para saber si sus médicos están dentro de la red del plan, llame a *Servicios al miembro* o consulte el *Directorio de proveedores y farmacias* de <plan name> en el sitio web del plan en <web address>.  Si <plan name> es nuevo para usted, usted puede continuar acudiendo a los mismos médicos que hasta ahora [plan should discuss the state’s continuity of care requirement, e.g., for 90 days.] |
| **¿Qué sucederá si necesito algún servicio pero ningún proveedor de la red de <plan name> puede proporcionármelo?** | 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 es el estado de Rhode Island. Debe vivir en Rhode Island para inscribirse en el plan.  [Plan enter if applicable: \* Indica solo parte del condado. Llame a Servicios al miembro para pedir más información sobre si el plan está disponible donde usted vive.] |
| **¿Pago una cantidad mensual (también llamada prima) con <plan name>?** | Usted no pagará ninguna prima mensual a <plan name> por su cobertura de salud.  [If the plan has a monthly premium that was approved by CMS and the state, the plan should discuss it here.] |
| **¿Qué es una autorización previa (PA)?** | PA significa que usted debe obtener aprobación de <plan name> antes de que pueda recibir un servicio, artículo o medicamento específicos o para acudir a un proveedor fuera de la red. <Plan name> podría no cubrir el servicio o medicamento si usted no obtiene autorización. Si necesita cuidado de urgencia o de emergencia o servicios de diálisis fuera del área de servicio, no necesita obtener primero la aprobación.  Consulte el Capítulo 3, [plan may insert reference, as applicable] del *Manual del miembro* para aprender más sobre la PA. Para obtener más información sobre qué servicios requieren una PA, consulte la Tabla de beneficios en la Sección D del Capítulo 4 del *Manual del miembro*. |
| **¿Qué es un referido?**  [If the plan does not require referrals for any of its services, the plan may delete this question.] | Un referido significa que su proveedor de cuidado primario (PCP) debe darle su aprobación antes de que usted pueda acudir a alguien que no sea su PCP u otros proveedores en la red del plan. Si usted no obtiene la aprobación, <plan name> podría no cubrir los servicios. Usted no necesita un referido para ver a ciertos especialistas, como, por ejemplo, los especialistas en salud de la mujer.  Para obtener más información sobre cuándo necesitará un referido de su PCP, consulte el Capítulo 3 [plan may insert reference, as applicable]del *Manual del miembro*. |
| **¿Debo pagar algún deducible?** | Con el <plan name>, no debe pagar ningún deducible. |
| **¿Qué es Ayuda adicional?**  [If the plan is electing to reduce Part D copays to $0, the plan may delete this question.] | Ayuda adicional es un programa de Medicare que ayuda a personas de ingresos y recursos limitados a reducir sus gastos en medicamentos de receta de la Parte D de Medicare, como primas, deducibles, y copagos. Ayuda adicional también se llama “Subsidio por bajos ingresos” o “LIS”.  Sus copagos de medicamentos de receta con <plan name> ya incluyen la cantidad de Ayuda adicional para la que usted cumple con los requisitos. Para obtener más información sobre esta 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 number with or add contact information for Video Relay or other accessible technology.] |
| **¿Tengo algún período sin cobertura para medicamentos?** | No. Con Medicaid, la cobertura de medicamentos es inmediata. |
| **¿Con quién debo comunicarme si tengo alguna pregunta o necesito ayuda? (este servicio continúa en la página siguiente)** [Plan may modify the call-lines as appropriate.] | **Si tiene alguna pregunta general o sobre nuestro plan, servicios, área de servicio, cobros o tarjetas de identificación de miembro, llame a Servicios al miembro de <plan name>:**   |  |  | | --- | --- | | **POR TELÉFONO** | <toll-free number>  Las llamadas a este número son gratuitas. <days and hours of operation>. [Include information on the use of alternative technologies.]  Servicios al miembro también tiene servicios gratuitos de intérprete de idiomas para las personas que no hablan inglés. | | **POR TTY** | <TTY number>  [Insert if the plan uses a direct TTY number: Este número es para personas con problemas de audición o del habla. Para poder llamar, usted debe tener un equipo telefónico especial.]  Las llamadas a este número son gratuitas. <days and hours of operation>. | |
| **¿Con quién debo comunicarme si tengo alguna pregunta o necesito ayuda? (continúa de la página anterior)** [Plan may modify the call-lines as appropriate.] | **Si tiene preguntas sobre su salud, llame a la Línea de consejería de enfermeras:**   |  |  | | --- | --- | | **POR TELÉFONO** | <Phone Number>  Las llamadas a este número son gratuitas. <days and hours of operation>. [Include information on the use of alternative technologies.] | | **POR TTY** | <TTY phone number>  [Insert if the plan uses a direct TTY number: Este número es para personas con problemas de audición o del habla. Para poder llamar, usted debe tener un equipo telefónico especial.]  Las llamadas a este número [Insert if applicable: no] son gratuitas. <days and hours of operation>. |   [Insert if applicable: **Si necesita servicios inmediatos de salud del comportamiento, llame a la Línea de crisis de salud del comportamiento:**   |  |  | | --- | --- | | **POR TELÉFONO** | <Phone Number>  Las llamadas a este número son gratuitas. <days and hours of operation>. [Include information on the use of alternative technologies.] | | **POR TTY** | <TTY phone number>  [Insert if the plan uses a direct TTY number: Este número es para personas con problemas de audición o del habla. Para poder llamar, usted debe tener un equipo telefónico especial.]  Las llamadas a este número [Insert if applicable: no] son gratuitas. <days and hours of operation>.] | |

# Resumen de servicios

La tabla siguiente es un resumen rápido de los servicios que posiblemente necesite, sus costos y las reglas de los beneficios. [Plan should add text in bold at the end of a service title if the service continues onto the next page: **(este servicio continúa en la página siguiente)**. Plan should add text in bold after the service title on the following page: **<name of service> (continuación)**. Plan should also be aware that the flow of services from one page to the next may vary after plan-customized information is added, which may necessitate adding and/or removing these instructions in other services as needed. Additionally, the plan should maintain consistency of table formatting, borders, and color scheme throughout after adding plan-customized information.]

| **Necesidad o problema de salud** | **Servicios que posiblemente necesite** [This category includes examples of services that members may need. The health plan should add or delete any services based on the services covered by the State and/or health plan.] | **Su costo por proveedores de la red** [Plan should insert cost sharing where applicable.] | **Limitaciones, excepciones e información de beneficios (reglas de los beneficios)** [Plan should provide specific information about: need for referrals, need for PA, 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 un médico** | Consultas para atender una lesión o enfermedad | [$–] |  |
| Consultas de rutina, como un examen médico | [$–] |  |
| Transporte al consultorio médico | [$–] |  |
| Cuidados de especialista | [$–] |  |
| Cuidados para evitar que se enferme, como vacunas contra la gripe | [$–] |  |
| **Usted necesita análisis médicos** | Análisis de laboratorio, como análisis de sangre | [$–] |  |
| Radiografías u otras imágenes, como tomografías axiales computarizadas (TAC) | [$–] |  |
| Exámenes exploratorios, como pruebas para detectar el cáncer | [$–] |  |
| **Necesita medicamentos para atender su enfermedad o padecimiento (este servicio continúa en la página siguiente)** | Medicamentos genéricos (no de marca) | [Plan should insert a single amountorall applicable copay amounts for a tier with LIS copay amounts] para un suministro de [must be at least 30‑day] días.  [Plan 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. Para obtener más información, consulte la *Lista de medicamentos cubiertos (Lista de medicamentos)* de <plan name>.  [Plan may delete the following statement if they only have one coverage stage.] Cuando usted, o terceros en su nombre, hayan pagado <insert TrOOP amount>, habrá alcanzado la etapa de cobertura catastrófica y pagará $0 por sus medicamentos de Medicare. Consulte el *Manual del miembro* para obtener más información sobre esta etapa. |
| **Necesita medicamentos para atender su enfermedad o padecimiento (este servicio continúa en la página siguiente)** | Medicamentos genéricos (no de marca) |  | **Mensaje importante sobre lo que paga por las vacunas:** Algunas vacunas están cubiertas dentro de los beneficios y otras se consideran medicamentos de la Parte D. Estas vacunas están detalladas en la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario).* Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D, sin costo alguno para usted.  [Plan must indicate if extended-day supplies are available at retail and/or mail order pharmacy locations and make clear that the cost sharingcost-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 | [Plan 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.  [Plan may delete the following statement if they charge $0 for all brand name drugs.] Los copagos de medicamentos de receta podrían variar de acuerdo con el nivel de Ayuda adicional que usted reciba. Comuníquese con el plan para conocer más detalles. | Posiblemente haya limitaciones en cuanto a los tipos de medicamentos cubiertos. Para obtener más información, consulte la *Lista de medicamentos cubiertos (Lista de medicamentos)* de <plan name>.  [Plan must indicate if extended-day supplies are available at retail and/or mail order pharmacy locations and make clear that the cost sharing amount for these extended-day supplies is the same as for a one-month supply.] |
| **Necesita medicamentos para atender su enfermedad o padecimiento (continuación)** | Medicamentos de venta sin receta médica | [Plan should insert a single amount, multiple amounts, or minimum/ maximum range.] | Posiblemente haya limitaciones en cuanto a los tipos de medicamentos cubiertos. Para obtener más información, consulte la *Lista de medicamentos cubiertos (Lista de medicamentos)* de <plan name>. |
| Medicamentos de receta de la Parte B de Medicare | [$–] | Los medicamentos de la 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. Para obtener más información sobre estos medicamentos, consulte el *Manual del miembro*. |
| **Usted necesita tratamiento después de una embolia o accidente** | Fisioterapia, terapia ocupacional o del lenguaje | [$–] |  |
| **Usted necesita cuidado de emergencia** | Servicios de sala de emergencias | [$–] | [Plan must state that emergency room services must be provided OON and without PA requirements.] |
| Servicios de ambulancia | [$–] |  |
| Cuidado de urgencia | [$–] | [Plan must state that urgent care services must be provided OON and without PA requirements.] |
| **Usted necesita cuidados hospitalarios** | Estadías en el hospital | [$–] |  |
| Cuidados del médico o cirujano | [$–] |  |
| **Usted necesita ayuda para mejorar o tiene necesidades médicas especiales** | Servicios de rehabilitación | [$–] |  |
| Equipo médico para cuidados de salud en el hogar | [$–] |  |
| Cuidado de enfermería especializada | [$–] |  |
| **Usted necesita cuidados de la vista** | Exámenes de la vista | [$–] |  |
| Anteojos o lentes de contacto | [$–] |  |
| **Usted necesita atención dental** | Chequeos dentales | [$–] |  |
| **Usted necesita servicios del oído o auditivos** | Exámenes del oído | [$–] |  |
| Audífonos | [$–] |  |
| **Usted tiene una enfermedad crónica, como diabetes o enfermedad del corazón** | Servicios para ayudarle a controlar su enfermedad | [$–] |  |
| Suministros y servicios para la diabetes | [$–] |  |
| **Usted tiene alguna enfermedad de salud mental** | Servicios de salud mental o del comportamiento | [$–] |  |
| **Usted tiene un problema de abuso de sustancias** | Servicios para el tratamiento del abuso de sustancias | [$–] |  |
| **Usted necesita servicios de salud mental a largo plazo** | Cuidados como paciente hospitalizado para personas que necesitan cuidados de salud mental | [$–] |  |
| **Usted necesita equipo médico duradero (DME)** | Sillas de ruedas | [$–] |  |
| Nebulizadores | [$–] |  |
| Muletas | [$–] |  |
| Andadores | [$–] |  |
| Equipos y suministros de oxígeno | [$–] |  |
| **Usted necesita ayuda para vivir en su hogar (este servicio continúa en la página siguiente)** | Alimentos llevados a su casa | [$–] | [For all LTSS, indicate if services are only available to members on a waiver.] |
| Servicios para el hogar, como limpieza o tareas domésticas | [$–] |  |
| Cambios a su casa, como rampas y acceso para silla de ruedas | [$–] |  |
| Asistente de cuidado personal  (Posiblemente pueda contratar su propio asistente. Llame a Servicios al miembro para pedir más información.) | [$–] |  |
| **Usted necesita ayuda para su vida en casa (continuación)** | Entrenamiento para ayudarle a obtener trabajos con paga o sin paga | [$–] |  |
| Servicios de cuidados de salud en el hogar | [$–] |  |
| Servicios para ayudarle a vivir por su cuenta | [$–] |  |
| Servicios de día para adultos u otros servicios de respaldo | [$–] |  |
| **Usted necesita un lugar dónde vivir con personas disponibles para ayudarle** | Vida con asistencia u otros servicios de vivienda | [$–] |  |
| Cuidados en hogares para personas de la tercera edad | [$–] |  |
| **La persona que le cuida necesita una pausa** | Cuidados de respiro | [$–] |  |
| **Otros servicios cubiertos** [*Plan is encouraged to insert other services offered that are not already included in the chart. This does not need to be a comprehensive list.*] |  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

# Servicios cubiertos fuera de <plan name>

Esta no es una lista completa. Llame a Servicios al miembro para averiguar sobre otros servicios que <plan name> no cubre, pero que están disponibles a través de Medicare [insert if appropriate: o Rhode Island Medicaid].

| **Otros servicios cubiertos por Medicare** [**insert if appropriate: o Rhode Island Medicaid**] | **Sus costos** |
| --- | --- |
| [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.] | [Plan should include copays for listed services.] |
| Algunos servicios de hospicio | $0 |
|  |  |
|  |  |

# Servicios que <plan name>, Medicare y Rhode Island Medicaid no cubren

Esta no es una lista completa. Llame a Servicios al miembro para averiguar sobre otros servicios excluidos.

| **Servicios que no están cubiertos por <Plan Name>, Medicare ni Rhode Island Medicaid** | |
| --- | --- |
| [Insert any excluded benefit categories. This does not need to be a comprehensive list. Plan may consult Section G of Chapter 4 of the Member Handbook for examples.] |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

# 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, consulte 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, etnia, origen nacional, religión, sexo, edad, discapacidad mental o física, orientación sexual, identidad de género, información genética, posibilidades de pago o capacidad para hablar inglés
  + obtener información en otros formatos (p.ej.: letra grande, braille, audio)
  + estar libre de todo tipo de restricción o reclusión
  + que no le cobren los proveedores de la red
* **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 cuidado de salud y administradores de cuidados
* **Usted tiene derecho a tomar decisiones sobre sus cuidados, incluso a rechazar el tratamiento.** Esto incluye el derecho a:
  + elegir un Proveedor de cuidado primario (PCP) y cambiar su PCP en cualquier momento durante el año
  + acudir a un proveedor de cuidado de salud de la mujer sin referido
  + obtener sus servicios y medicamentos cubiertos rápidamente
  + conocer 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 a tiempo a cuidados de salud sin obstáculos de comunicación o de acceso físico.** Esto incluye el derecho a:
  + obtener cuidado médico a tiempo
  + entrar y salir del consultorio de un proveedor de cuidado de salud. 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 salud
* **Usted tiene derecho a cuidados de emergencia y urgencia cuando los necesite.** Esto significa que usted tiene derecho a:
  + obtener servicios de emergencia sin aprobación previa en una emergencia
  + acudir a un proveedor de cuidado de urgencia o emergencia fuera de la red cuando sea necesario
* **Usted tiene derecho a la confidencialidad y la privacidad.** Esto incluye el derecho a:
  + 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 sea privada
* **Usted tiene el derecho a quejarse sobre sus cuidados o servicios cubiertos.** Esto incluye el derecho a:
  + presentar una queja o un reclamo contra nosotros o nuestros proveedores
  + pedir una 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>. Si tiene preguntas, también puede llamar a Servicios al miembro de <plan name>.

# Cómo presentar una queja o apelar un servicio que negamos

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

Si tiene preguntas sobre quejas y apelaciones, puede leer el Capítulo 9 [plan may insert reference, as applicable] del *Manual del miembro* de <plan name>. También puede llamar a Servicios al miembro de <plan name>.

[Plan should include contact information for complaints, grievances, and appeals.]

# Qué hacer si sospecha de la existencia de fraude

La mayoría de los profesionales de cuidado 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, comuníquese con nosotros.

* Llámenos a Servicios al miembro de <plan name>. Los números de teléfono están en la portada 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, los 7 días a la semana.
* [Plan may also insert additional State-based resources for reporting fraud.]