Instructions to the Health Plan

* [The plan may add a cover page to the Summary of Benefits. The plan may include the Material ID only on the cover page.]
* [Where the template instructs inclusion of a phone number, the plan must ensure it is a toll-free number and include a toll-free TTY number and days and hours of operation.]
* [The plan should note that any reference to a “Participant Handbook” is also a reference to the Evidence of Coverage document.]
* [The 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, the plan should provide specific information about need for prior authorization, utilization management restrictions for drugs, permissible OON services, and applicable cost sharing (if different than in-plan cost sharing).]
* [The plan may place a QR code on materials to provide an option for Participants 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 Covered Items and Services Chart in Chapter 4 of the Participant 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 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 participante de <plan name>. Términos clave y sus definiciones se encuentran en orden alfabético en el último capítulo del *Manual del participante*.

[*The 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 contenido**

[A. Renuncias de garantías 4](#_Toc48652658)

[B. Preguntas frecuentes 5](#_Toc48652659)

[C. Resumen de servicios 14](#_Toc48652660)

[D. Servicios cubiertos fuera de la red de <plan name> 23](#_Toc48652661)

[E. Servicios que <plan name>, Medicare y Medicaid no cubren 24](#_Toc48652662)

[F. Sus derechos como participante del plan 25](#_Toc48652663)

[G. Cómo presentar una queja o apelar un servicio denegado 27](#_Toc48652664)

[H. Qué hacer si usted sospecha algún fraude 27](#_Toc48652665)

A. Renuncias de garantías

Éste es un resumen de los servicios médicos cubiertos por <plan name> para <date>. Éste sólo es un resumen. Lea el *Manual del participante* para ver la lista completa de beneficios. [*Plan must include information about how to contact Participant Services to get a Participant Handbook and how to access the Participant Handbook on the plan’s website.*]

* [*The plan must include all applicable disclaimers as required in the State-specific Marketing Guidance.*]
* Con <plan name>, usted puede obtener sus servicios de Medicare y de Medicaid en un sólo plan de cuidado administrado llamado Plan FIDA-IDD, Fully Integrated Duals Advantage for Individuals with Intellectual and Developmental Disabilities (Organización Integral para personas con discapacidades intelectuales y del desarrollo que tengan Medicare y Medicaid). Un Administrador de cuidados 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 participante*.
* ATENCIÓN: Si habla [insert language of the disclaimer], hay disponibles para usted servicios de asistencia en su idioma sin cargo. Llame [insert Participant Services toll-free phone and TTY numbers, and days and hours of operation]. La llamada es gratuita. [This disclaimer must be included in all non-English languages that meet the Medicare and/or state thresholds for translation.]
* Usted puede obtener este documento gratis en otros formatos, como letras grandes, braille o audio. Llame al [insert Participant Services toll-free phone and TTY numbers, and days and hours of operation]. La llamada es gratuita.
* [The plan also must simply describe:
  + how it will request a Participant’s preferred language other than English and/or alternate format,
  + how it will keep the Participant’s information as a standing request for future mailings and communications so the Participant does not need to make a separate request each time, **and**
  + how a Participant can change a standing request for a preferred language and/or format.]
* El estado de New York creó un programa del ombudsman del participante, llamado Independent Consumer Advocacy Network (ICAN), para proporcionarle a los participantes asistencia gratuita y confidencial para los servicios que ofrece <plan name>. Para comunicarse con ICAN, de manera gratuita, llame al 1-844-614-8800 (los usuarios de TTY deben llamar al 711 y luego siga las indicaciones para marcar 844-614-8800) o por internet en [icannys.org/get-help/help-spanish.](http://icannys.org/get-help/help-spanish/)

B. Preguntas frecuentes

En la tabla a continuación aparecen las preguntas frecuentes.[*The plan should add text in bold at the end of a frequently asked question (FAQ) title if the service continues onto the next page:* **(continúa en la página siguiente)**. The *plan should add text in bold after the FAQ title on the following page:* **<FAQ>** **(continuación de la página anterior)**. *The plan should also be aware that the flow of FAQ 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 FAQ as needed. Additionally, the plan should maintain consistency of table formatting, borders, and color scheme throughout after adding plan-customized information*.]

[The plan may add a maximum of two additional FAQs to this section. For example, the 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 FIDA-IDD, Fully Integrated Duals Advantage for Individuals with Intellectual and Developmental Disabilities (Organización integral para personas con discapacidades intelectuales y del desarrollo que tengan Medicare y Medicaid)?** | Un Plan FIDA-IDD es una organización compuesta por médicos, hospitales, farmacias, proveedores de servicios a largo plazo, proveedores de servicios para discapacidades del desarrollo y otros proveedores. También tiene Administradores de cuidados y Equipos interdisciplinarios (IDT), quienes le ayudan a administrar a todos sus proveedores y servicios. Estos trabajan juntos para darle los cuidados que usted necesite. <Plan name> es un Plan FIDA-IDD que le proporciona beneficios de Medicaid y Medicare a los participantes de FIDA-IDD. |
| **¿Qué es un Administrador de cuidados y Equipo interdisciplinario (IDT) de <plan name>? (continúa en la página siguiente)** | Un Administrador de cuidados 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. Esta persona es parte de su IDT, el que también incluye:   * Usted y la persona que le cuida, su tutor o su representante(s); * Sus proveedores de cuidado primario de servicios para discapacidades del desarrollo, quienes tengan conocimiento de los resultados que desea y sus necesidades de servicios; |
| **¿Qué es un Administrador de cuidados y Equipo interdisciplinario (IDT) de <plan name>? (continuación de la página anterior)** | * Personas adicionales, incluyendo: * Su Proveedor de cuidado primario (PCP) o un representante del consultorio de su PCP (o de su práctica) que tenga experiencia clínica y conocimiento de sus necesidades; * Su Proveedor de salud del comportamiento (BH), si tiene uno, o un representante del consultorio de su BH (o de su práctica) que tenga experiencia clínica y conocimiento de sus necesidades; * La persona que lo ayuda con los cuidados en el hogar, o un representante con experiencia clínica de la agencia de cuidados en el hogar, que tiene conocimiento de sus necesidades; si usted está recibiendo cuidados en el hogar y usted aprueba que la persona que lo ayuda con los cuidados en el hogar o su representante participe en el IDT; * Un representante clínico de su centro de cuidados intermedio (ICF), si usted está recibiendo cuidado en un ICF; **y** * Otros proveedores que usted, la persona que le cuida, tutor o su representante pidan, o que sean recomendados por los miembros del IDT cuando sea necesario para planear adecuadamente sus cuidados de salud y aprobados por usted o su representante |
| **¿Qué son los servicios y respaldos a largo plazo (LTSS)?** | Los LTSS proporcionan ayuda a las personas que necesitan asistencia para realizar tareas cotidianas como bañarse, vestirse, hacer la comida, y tomar medicamentos. La mayoría de estos servicios son proporcionados en el hogar o en su comunidad pero pueden ser proporcionados en un centro de enfermería u hospital. |
| **¿La autodirección es una opción para mí?** | Si usted está inscrito en el programa de excepción integral de Servicios con base en el hogar y la comunidad (HCBS) de la Oficina de personas con discapacidades del desarrollo (OPWDD), usted tiene la opción de autodirigir cientos servicios y respaldos para discapacidades del desarrollo. |
| **¿Puedo dirigir mi propio cuidado o contratar a las personas que me proveen asistencia?** | Usted tiene derecho de dirigir su propio cuidado, seleccionando Servicios de asistencia personal dirigida por el consumidor (CDPAS). A través de CDPAS, usted puede contratar a las personas que le proveen asistencia y tomar otras decisiones sobre cómo recibir los servicios. |
| **¿Recibiré con <plan name> los mismos beneficios de Medicare y Medicaid que recibo ahora?** | Usted obtendrá sus beneficios cubiertos por Medicare y 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 Medicaid directamente de <plan name>, pero usted recibirá servicios de hospicio de la misma manera que ahora, fuera del plan.  Cuando se inscriba en <plan name>, usted y su Equipo interdisciplinario (IDT) trabajarán juntos para hacer un Plan de vida para atender sus necesidades de salud y respaldo. Cuando usted se una a <plan name>, usted podrá seguir viendo a sus médicos y recibiendo los servicios que recibe ahora por 90 días, o hasta que terminemos su Plan de vida, lo que ocurra último. No obstante, usted puede decidir comenzar a recibir los servicios de acuerdo con su Plan de vida aprobado antes de 90 días. Cuando usted se une a nuestro plan, si toma algún medicamento de receta de la Parte D de Medicare que <plan name> no cubra normalmente, usted podrá obtener un suministro temporero. Le ayudaremos a obtener otro medicamento o una excepción para que <plan name> cubra su medicamento, si es médicamente necesario. |
| **¿Puedo consultar los mismos médicos que consulto ahora?** | Generalmente este es el caso. Si sus proveedores (incluyendo médicos, terapeutas, proveedores de servicios para discapacidades del desarrollo 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>, a menos que <plan name> o su IDT le hayan autorizado consultar un proveedor fuera de la red. * 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>. [The plan may insert additional exceptions as appropriate.]   Para saber si sus médicos y proveedores de servicios están dentro de la red del plan, llame a Servicios al participante 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 y proveedores de servicios que ve ahora por 90 días o hasta que terminemos su Plan de vida, lo que ocurra último. No obstante, usted puede decidir comenzar a recibir los servicios de acuerdo con su Plan de vida aprobado antes de 90 días.  Si actualmente recibe servicios de salud del comportamiento, su Equipo interdisciplinario (IDT) revisará su episodio de cuidado actual para decidir si usted puede continuar sus servicios con el mismo proveedor que ve ahora. Si ellos o <plan name> deciden que usted puede seguir viendo el mismo proveedor, usted podrá seguir viendo ese proveedor por 24 meses después de que se inscriba en <plan name>. |
| **¿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 incluye: [the plan should enter condado **or** condados] Condados, <State>. Usted debe vivir en [the plan should enter; esta área **or** una de estas áreas] para unirse al plan. |
| **¿Pagaré una cantidad mensual (también llamada cuota) con <plan name>?** | Usted no pagará ninguna cuota mensual a <plan name> por su cobertura de salud. Tampoco tendrá copagos ni otros costos cuando reciba cuidados de proveedores de la red. |
| **¿Qué es una autorización previa?** | Una pre-autorización significa que usted debe recibir una aprobación de <plan name> o su Equipo interdisciplinario (IDT) antes de recibir un servicio, artículo o medicamento o antes de ver un proveedor fuera de la red. Es posible que <plan name> no cubra el servicio, artículo o medicamento si usted no recibe una autorización de <plan name> o su IDT. Para obtener más información sobre la autorización previa, lea el Capítulo 3 [*plan may insert reference, as applicable*] del *Manual del participante*.  Un pequeño número de servicios requieren autorización previa por parte de un especialista y no por <plan name> o su IDT. Para obtener más información lea el Capítulo 4 de su *Manual del participante*. <Plan name> también puede proveerle una lista de servicios o procedimientos que requieren que usted obtenga una autorización previa de un proveedor que no pertenezca al IDT.  Algunos servicios como el cuidado de emergencia o el cuidado necesario de urgencia, servicios de diálisis fuera del área, visitas al proveedor de cuidado primario (PCP) y servicios de especialistas en salud para la mujer, no necesitan una autorización previa. Para obtener una lista completa de los servicios que no necesitan una autorización previa, lea el Capítulo 4 de su *Manual del participante* o llame a <plan name>. |
| **¿Qué es un referido?** | Un referido significa que su proveedor de cuidado primario (PCP) le aprueba ver otro proveedor que no sea su PCP. Los referidos no son necesarios en <plan name> y no será obligación obtenerlos. Sin embargo, debe seguir las reglas para las autorizaciones previas. |
| **¿Con quién debo comunicarme si tengo alguna pregunta o necesito ayuda? (continúa en la página siguiente)** [The plan may modify the call-lines as appropriate] | **Si tiene alguna pregunta general o sobre nuestro plan, servicios, áreas de servicio, cobros o tarjetas de identificación de participante, por favor llame a Servicios al participante de <plan name>:**   | **LLAME AL** | <Phone number(s)>  Las llamadas a este número son gratuitas. <Days and hours of operation.> [*Include information on the use of alternative technologies*.]  Servicios al participante también tiene servicios gratuitos de intérprete de idiomas para las personas que no hablan inglés. | | --- | --- | | **TTY** | <TTY 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 son gratuitas. <Days and hours of operation.> | |
| **¿Con quién debo comunicarme si tengo alguna pregunta o necesito ayuda?** **(continuación de la página anterior)**. [The plan may modify the call-lines as appropriate] | **Si tiene preguntas sobre su salud, llame a la línea de Consejería de enfermeras:**   | **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 phone number>  [*Insert if the plan uses a direct TTY number:* Este número es para las personas con problemas para oír o para hablar. Usted debe tener un equipo telefónico especial para llamar.]  Las llamadas a este número [insert if applicable: son **or** no son] gratuitas. <Days and hours of operation>. | |
| **¿Con quién debo comunicarme si tengo alguna pregunta o necesito ayuda?** **(continuación de la página anterior)**. [The plan may modify the call-lines as appropriate] | **[Insert if applicable: Si necesita servicios inmediatos de Salud del comportamiento, 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 phone number>  [*Insert if the plan uses a direct TTY number:* Este número es para las personas con problemas para oír o para hablar. Usted debe tener un equipo telefónico especial para llamar.]  Las llamadas a este número [insert if applicable: son **or** no son] gratuitas. <Days and hours of operation.>] | |

C. Resumen de servicios

La siguiente tabla es un resumen rápido de los servicios que posiblemente necesite, sus costos y las reglas de los beneficios. [*The 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)**. *The plan should add text in bold after the service title on the following page:* **<name of service> (continuación)**. *The 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 Participants 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 | Limitaciones, excepciones e información de beneficios (reglas de los beneficios) [The plan should provide specific information about: need for prior authorization, utilization management restrictions for drugs, and permissible OON services and applicable cost sharing (if different than in-network cost sharing).] |
| --- | --- | --- | --- |
| **Usted quiere ver a un médico** | Consultas para atender una lesión o enfermedad | $0 |  |
| Consultas de rutina, como un examen médico | $0 |  |
| Transporte al consultorio 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 (Este servicio continúa en la página siguiente)** | Medicamentos genéricos (no de marca) | $0 para un suministro de [must be at least 30-day] días.  [The plan should insert the following for each extended day supply they offer: $0 para un suministro de <extended day>-días.] | 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>.  [The plan must indicate if extended-day supplies are available at retail and/or mail order pharmacy locations.] |
| **Necesita medicamentos para atender su enfermedad o padecimiento (continuación)** | Medicamentos de marca | $0 para un suministro de [must be at least 0-day] días  [The plan should insert the following for each extended day supply they offer: $0 para un suministro de <extended day>-días] | 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>.  [The plan must indicate if extended-day supplies are available at retail and/or mail order pharmacy locations.] |
| Medicamentos de venta sin receta médica (OTC) | $0 | <Plan name> cubre algunos medicamentos de venta sin receta médica cuando su proveedor escribe una receta para ellos. Para más información lea la *Lista de medicamentos cubiertos* (Lista de medicamentos) de <plan name>. |
| **Necesita medicamentos para atender su enfermedad o padecimiento (continuación)** | Medicamentos de receta de la Parte B de Medicare | $0 | 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. Lea en el *Manual del participante* más información sobre estos medicamentos. |
| **Usted necesita tratamiento después de una embolia o accidente** | Terapia física, ocupacional o del habla | $0 |  |
| **Usted necesita cuidado de emergencia** | Servicios de sala de emergencias | $0 | [The plan must state that emergency room services must be provided OON and without prior authorization requirements.] |
| Servicios de ambulancia | $0 |  |
| Cuidados de urgencia | $0 | [The plan 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** | Exámenes de la vista | $0 |  |
| Anteojos o lentes de contacto | $0 |  |
| **Usted necesita atención dental** | Chequeos dentales | $0 |  |
| **Usted necesita servicios del oído o auditivos** | Exámenes del oído | $0 |  |
| Audífonos | $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 |  |
| **Usted tiene alguna enfermedad de salud mental** | Servicios de salud mental o del comportamiento | $0 |  |
| **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 hospitalizado para personas que necesitan cuidados de salud mental | $0 |  |
| **Usted necesita equipo médico duradero (DME)** | Sillas de ruedas | $0 |  |
| Los nebulizadores | $0 |  |
| Muletas | $0 |  |
| Andadores | $0 |  |
| Equipos y suministros de oxígeno | $0 |  |
| **Usted necesita ayuda para su vida en casa** | Servicios para el hogar, como limpieza o tareas domésticas | $0 |  |
| Asistente de cuidados personales  (Posiblemente pueda contratar su propio asistente. Llame a Servicios al participante para pedir más información.) | $0 |  |
| Servicios de cuidados de salud en el hogar | $0 |  |
| Servicios para ayudarle a vivir por su cuenta | $0 |  |
| Servicios de día para adultos u otros servicios de respaldo | $0 |  |
| **Usted necesita un lugar dónde vivir con personas disponibles para ayudarle** | Centro de cuidados intermedio (ICF) | $0 |  |
| Cuidados en centros de enfermería | $0 |  |
| **Otros servicios cubiertos** [*The plan is encouraged to insert other services it offers, including waiver services, that are not already included in the chart. This does not need to be a comprehensive list.*] |  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

D. Servicios cubiertos fuera de la red de <plan name>

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

| Otros servicios cubiertos por Medicare o 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.] | [The plan should include copays for listed services.] |
| Servicios de centros de maternidad independientes | $0 |
| Servicios de hospicio | $0 |
|  |  |

E. Servicios que <plan name>, Medicare y Medicaid no cubren

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

| Servicios que <plan name>, Medicare y Medicaid no cubren | |
| --- | --- |
| [Insert any excluded benefit categories. This does not need to be a comprehensive list. The plan may consult Section G of Chapter 4 of the Participant Handbook for examples.] |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

F. Sus derechos como participante del plan

Como participante 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 de <plan name>. Le hablaremos de sus derechos por lo menos una vez al año. Para obtener más información sobre sus derechos, lea el *Manual del participante*. Ésta no es una lista completa de todos sus derechos. 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 (p.ej.: en letras grandes, braille o audio)
* Estar libre de todo tipo de restricción física o reclusión
* Que no le cobren los proveedores
* Que se contesten sus preguntas y preocupaciones completa y amablemente
* Ejercer libremente sus derechos sin ser sujeto a que lo traten negativamente <plan name> ni su proveedor
* **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 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 usted puede cambiar su PCP en cualquier momento
* Participar en las reuniones del Equipo interdisciplinario (IDT) acerca de su cuidado
* 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.
* Crear e implementar una directiva avanzada, como un testamento de declaraciones en vida o un representante para atención médica
* **Usted tiene derecho al acceso oportuno a cuidados de salud sin obstáculos de comunicación o de acceso físico.** Esto incluye el derecho a:
* Recibir cuidados oportunos 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 cuidado de emergencia y urgencia cuando lo necesite.** Esto significa que usted tiene derecho a:
* Recibir servicios de emergencia sin aprobación previa en una emergencia
* Ver a un proveedor de cuidado de emergencia o urgencia 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 se mantenga privada
* Dirigir su propio cuidado o contratar las personas que le dan asistencia a través de los Servicios de asistencia personal dirigida por el consumidor (CDPAS)
* **Usted tiene el derecho a quejarse sobre sus cuidados o servicios cubiertos.** Esto incluye el derecho a:
* Presentar una queja o reclamo contra nosotros o nuestros proveedores
* Obtener una explicación detallada de por qué se negaron los servicios

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

G. Cómo presentar una queja o apelar un servicio denegado

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 preguntas sobre reclamos (quejas) y apelaciones, lea el Capítulo 9 del *Manual del participante* de <plan name> [*plan may insert reference, as applicable*]. También puede llamar a Servicios del participante de <plan name> al número indicado al final de esta página.

Además, usted puede obtener ayuda de Independent Consumer Advocacy Network (ICAN). ICAN puede darle asistencia gratuita y confidencia para cualquiera de los servicios que ofrece <plan name>, incluyendo problemas en la calidad de los cuidados. Puede comunicarse con ICAN llamando al 1-844-614-8800 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o por internet en [icannys.org/get-help/help-spanish](https://icannys.org/get-help/help-spanish/).

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

H. Qué hacer 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 participante de <plan name>. Los números de teléfono están 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 de la semana.
* [*T*he plan may also insert additional State-based resources for reporting fraud.]