Instructions to Health Plans

* [Plans may add a cover page to the Summary of Benefits. Plans may include the Material 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.*]
* [*Plans 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, 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 members in a waiver program, in which case plans should indicate that State eligibility requirements may apply.*]
* [*Plans may place a QR code on materials to provide an option for members to go online.*]
* [Wherever possible, plans are encouraged to adopt good formatting practices that make information easier for English-speaking and non-English-speaking enrollees to read and understand. Plan instructions in this document are in English. Some instructions permit flexibility for plans to modify language, replace references with terms each plan prefers to use, include examples and descriptions, and/or add instructions or navigational aids. In such cases, each plan is responsible for ensuring that member-facing language is in the translated language (e.g., Spanish) and consistent with other good formatting practices. 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.*
* *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 miembro de <plan name>. Los términos clave y sus definiciones se encuentran en orden alfabético en el último capítulo del Manual del miembro.

[*Plans 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](#_Toc76127895)

[B. Preguntas frecuentes 5](#_Toc76127896)

[C. Resumen de servicios 12](#_Toc76127897)

[D. Servicios cubiertos fuera de <plan name> 22](#_Toc76127898)

[E. Servicios no cubiertos por <plan name>, Medicare o Texas Medicaid 22](#_Toc76127899)

[F. Sus derechos como miembro del plan 23](#_Toc76127900)

[G. Cómo presentar una queja o apelar un servicio que negamos 25](#_Toc76127901)

[H. Qué hacer si sospecha de la existencia de fraude 25](#_Toc76127902)

[I. Maneras de reportar un fraude, desperdicio o abuso 26](#_Toc76127903)

[I1. Para reportar fraude, desperdicio o abuso, recoja tanta información como sea posible. 26](#_Toc76127904)

# Description: Exclamation in boxDeclaraciones 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, por favor consulte el *Manual del miembro*. [*Plans 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.*]

* [*Plans 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 Texas Medicaid en un solo plan de salud. Un Coordinador de servicios de <plan name> le 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]. La llamada es gratuita. [This disclaimer must be included in Spanish and any other non-English languages that meet the Medicare and/or state thresholds for translation.]
* Usted puede obtener este documento gratis en otros formatos, por ejemplo, en letra grande, en braille o en audio. Llame al [insert Member Services phone and TTY numbers, and days and hours of operation]. La llamada es gratuita. [Plans must provide the information in alternate formats when a Member asks for it or when the plan identifies a Member who needs it.]
* [*Plans also must simply describe:*
* *how they will request a member’s preferred language other than English and/or alternate format,*
* *how they 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.

[*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. Answers must be kept brief, consistent with the pre-populated responses in the template.*]

[*Plans should add text in bold at the end of a question title if the question’s answer continues onto the next page:* **(continúa en la página siguiente)**. *Plans should add text in bold after the question title on the following page:* **<question title>** **(continuación de la página anterior)**. *Plans should also be aware that the flow of question titles 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, plans should maintain consistency of table formatting, borders, and color scheme throughout after adding plan-customized information*.]

| **Preguntas frecuentes (FAQ)** | **Respuestas** |
| --- | --- |
| **¿Qué es un Plan Medicare-Medicaid?** | Un Plan Medicare-Medicaid es un plan de salud que contrata con Medicare y Texas 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 y respaldos a largo plazo y otros proveedores. También tiene Coordinadores de servicios, quienes le ayudan a administrar a todos sus proveedores y servicios. Todos ellos trabajan conjuntamente para proporcionarle los cuidados que usted necesite. |
| **¿Qué es un coordinador de servicios de <plan name>?** | Un Coordinador de servicios 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 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. |
| **¿Recibiré con <plan name> los mismos beneficios de Medicare y Texas Medicaid que recibo ahora?** | Usted obtendrá sus beneficios cubiertos por Medicare y Texas 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. [*Plans should add if applicable:* Usted recibirá casi todos sus beneficios cubiertos de Medicare y Texas 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 coordinador de servicios trabajarán juntos para hacer un plan de cuidado para que puedan atender sus necesidades de salud y respaldo. Mientras tanto, [*Plans 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 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 seguid 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>. [*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 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 médicos que hasta ahora [*plans 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 incluye: [*Plans should enter* condado ***or*** condados] Condados [*plans should enter \* to denote partial county*], <State>. Usted debe vivir en [*plans should enter* esta área ***or*** una de estas áreas] para unirse al plan.  [*Plans 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. |
| **¿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 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, [*plans may insert reference, as applicable*] del *Manual del miembro* para aprender más sobre la autorización previa. Para obtener más información sobre qué servicios requieren una autorización previa, consulte la Tabla de beneficios en la Sección D del Capítulo 4 del *Manual del miembro*. |
| **¿Qué es un referido?**  [If a 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 acudir 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, [*plans may insert reference, as applicable*] del *Manual del miembro*. |
| **¿Qué es Ayuda adicional?**  [If a 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. A la Ayuda adicional también se le 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.] |
| **¿Con quién debo comunicarme si tengo alguna pregunta o necesito ayuda? (continúa en la página siguiente)** [*Plans 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, por favor llame a Servicios al miembro de <plan name>:**   | **POR TELÉFONO** | <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 miembro también tiene servicios gratuitos de intérprete de idiomas para las personas que no hablan inglés. | | --- | --- | | **POR TTY** | <TTY phone number>  [*Insert if the plan uses a direct TTY numbe*r*:* 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? (continuación de la página anterior)** [*Plans 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 son [*Insert if applicable:* no son] gratuitas. <Days and hours of operation.> | |
| **¿Con quién debo comunicarme si tengo alguna pregunta o necesito ayuda? (continuación de la página anterior)** [*Plans 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:**   | **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 son [*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. [*Plans 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)**. *Plans should add text in bold after the service title on the following page:* **<name of service>** **(continuación)**. *Plans 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, plans 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.*] | **Sus costos por**  **proveedores 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 un médico** | Consultas para atender una lesión o enfermedad | [$–] |  |
| Consultas de rutina, como un examen médico | [$–] |  |
| Cuidados de especialista | [$–] |  |
| Cuidados para evitar que se enferme, como vacunas contra la gripe | [$–] |  |
| Visita preventiva de “Bienvenida a Medicare” (una única vez) | [$-] |  |
| **Usted necesita análisis médicos** | Análisis de laboratorio, como análisis de sangre | [$–] |  |
| 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) | [*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. Para obtener más información, consulte 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 $0 for all brand name drugs.] Los copagos de medicamentos de receta podrían variar de acuerdo con el nivel de Ayuda adicional que usted reciba. Comuníquese con el plan para conocer más detalles. | Posiblemente haya limitaciones en cuanto a los tipos de medicamentos cubiertos. Para obtener más información, consulte la *Lista de medicamentos cubiertos (Lista de medicamentos)* de <plan name>.  [*Plans must indicate if extended-day supplies are available at retail and/or mail order pharmacy locations and make clear that the cost sharing amount for these extended-day supplies is the same as for a one-month supply.*] |
| **Necesita medicamentos para atender su enfermedad o padecimiento (continuación)** | Medicamentos de venta sin receta médica | [*Plans should insert a single amount, multiple amounts, or minimum/maximum range.*] | Posiblemente haya limitaciones en cuanto a los tipos de medicamentos cubiertos. Para obtener más información, consulte la *Lista de medicamentos cubiertos (Lista de medicamentos)* de <plan name>. |
| Medicamentos de receta de la Parte B de Medicare | [$–] | 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 | [$–] |  |
| **Usted necesita cuidado de emergencia** | Servicios de sala de emergencias | [$–] | [*Plans must state that emergency room services must be provided OON and without prior authorization requirements.*] |
| Cuidado de urgencia | [$–] | [*Plans must state that urgent care services must be provided OON and without prior authorization requirements.*] |
| **Usted necesita cuidados hospitalarios** | Estadías en el hospital | [$–] |  |
| 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 | [$–] |  |
| **Usted necesita servicios para el oído o auditivos** | Exámenes del oído | [$–] |  |
| 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 en el consumo de sustancias** | Servicios por 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 | [$–] |  |
| Cambios a su casa, como rampas y acceso para silla de ruedas | [$–] |  |
| **Usted necesita ayuda para vivir en su hogar (continuación)** | Asistente de cuidado personal  (Posiblemente pueda contratar su propio asistente. Llame a Servicios al miembro para pedir más información.) | [$–] |  |
| Entrenamiento para ayudarle a obtener trabajos con paga o sin paga | [$–] |  |
| 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 | [$–] |  |
| **La persona que le cuida necesita una pausa** | Cuidados de respiro | [$–] |  |
| **Usted necesita transporte** | Servicios de ambulancia | [$–] |  |
| Servicios de transporte que no sean emergencias médicas (NEMT) para ir al médico, al dentista, al hospital, a la farmacia o a otros lugares para recibir servicios de cuidado para la salud. | [$–] | Para obtener más información sobre los servicios de NEMT, consulte el los capítulos 3 y 4 [*plans may insert reference, as applicable*] del *Manual del miembro.* |
| **Otros servicios cubiertos** [*Plans are encouraged to insert other services they offer 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 no cubre <plan name>, pero están disponibles a través de Medicare o Texas Medicaid.

| **Otros servicios cubiertos por Medicare o Texas Medicaid** | **Sus costos** |
| --- | --- |
| [*Insert services covered outside the plan by Medicare fee-for-service and/or Texas Medicaid fee-for-service, as appropriate. This does not need to be a comprehensive list. Plans may consult Section F of Chapter 4 of the Member Handbook for examples.*] | [*Plans should include copays for listed services.*] |
| Algunos servicios de hospicio | $0 |
| Evaluación previa a la admisión y revisión de residentes (PASRR) | [$–] |

# Servicios no cubiertos por <plan name>, Medicare o Texas Medicaid

Esta no es una lista completa. Llame a Servicios al miembro o consulte el *Manual del miembro* para conocer otros servicios excluidos.

| **Servicios no cubiertos por <plan name>, Medicare o Texas Medicaid** | |
| --- | --- |
| [*Insert any excluded benefit categories. This does not need to be a comprehensive list. Plans 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, 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 que el acceso sea 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 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 <plan name> *Manual del miembro*. 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 del <plan name> *Manual del miembro* [*plans may insert reference, as applicable*]. También puede llamar a Servicios al miembro de <plan name>.

[*Plans 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, por favor 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 y 7 días a la semana.

Avísenos si le parece que un médico, dentista, farmacéutico de una farmacia, otros proveedores de cuidado de salud o alguna persona que reciba beneficios están haciendo algo malo. Hacer algo malo puede ser fraude, desperdicio o abuso, que va en contra de la ley. Por ejemplo, díganos si usted cree que:

* Le están pagando a alguien por servicios que no se prestaron o no fueron necesarios.
* Alguien no está diciendo la verdad sobre una condición médica para recibir tratamiento.
* Alguien permite que otra persona use su número de identificación de Texas Medicaid.
* Alguien usa el número de identificación de Texas Medicaid de otra persona.
* Alguien no dice la verdad sobre la cantidad de dinero o sobre los recursos que tiene para recibir beneficios.

# Maneras de reportar un fraude, desperdicio o abuso

* Llame a la línea urgente de OIG al 1-800-436-6184;
* Visite [oig.hhsc.texas.gov/](https://oig.hhsc.texas.gov/) y haga clic en “Report Fraud” para llenar el formulario en Internet, **o**
* Usted puede informar directamente a su plan de salud:
  + Nombre de la MCO,
  + Dirección de la oficina o del director de la MCO, **y**
  + Número sin costo de la MCO.

## Para reportar fraude, desperdicio o abuso, recoja tanta información como sea posible.

* Cuando informe sobre un proveedor (un médico, dentista, consejero, etc.), incluya:
  + Nombre, dirección y número de teléfono del proveedor
  + Nombre y dirección del centro (hospital, hogar para personas de la tercera edad, agencia de cuidados en el hogar, etc.)
  + Número de Texas Medicaid del proveedor o centro, si usted lo tiene
  + Tipo de proveedor (médico, dentista, terapeuta, farmacéutico, etc.)
  + Nombres y teléfonos de otros testigos que puedan ayudar en la investigación
  + Fechas de los sucesos
  + Un resumen de lo que pasó
* Cuando informe sobre alguien que recibe beneficios, incluya:
  + El nombre de la persona
  + La fecha de nacimiento, número de Seguro Social o número de caso de la persona, si los tiene
  + La ciudad donde vive la persona
  + Los detalles específicos del fraude, desperdicio o abuso
* [*Plans may also insert additional State-based resources for reporting fraud.*]