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

[A. Renuncias de garantías 4](#_Toc47096256)

[B. Preguntas frecuentes 4](#_Toc47096257)

[C. Resumen de servicios 13](#_Toc47096258)

[D. Servicios que no cubre <plan name>, Medicare y Medicaid 27](#_Toc47096259)

[E. Sus derechos como miembro del plan 28](#_Toc47096260)

[F. Cómo presentar una queja o apelar un servicio que negamos 30](#_Toc47096261)

[G. Qué hacer si usted sospecha algún fraude 30](#_Toc47096262)

# 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 miembro* para ver la lista completa de beneficios. [*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 Medicaid en un sólo plan de salud. 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 miembro*.
* ATENCIÓN: Si habla [*insert language of the disclaimer*], tiene disponible los servicios de asistencia de idioma gratis. 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 gratuitamente en otros formatos, como letras grandes, braille o audio. Llame al <phone and TTY numbers>, <days and hours of operation>. La llamada es gratuita.
* [Plans also must simply describe:
* how they will request a members’ 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.]

# B. Preguntas frecuentes

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

[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.]

| Preguntas frecuentes (FAQ) | Respuestas |
| --- | --- |
| **¿Qué es un plan de MyCare Ohio?** | Un Plan de MyCare Ohio es un plan de salud que contrata con Medicare y <name of state Medicaid program> para proveer beneficios de ambos programas para los inscritos. Es para personas con ambos Medicare y Medicaid. Un plan de MyCare Ohio es una organización compuesta por médicos, hospitales, farmacias, proveedores de servicios a largo plazo y otros proveedores. También tiene equipos y administradores de cuidados, quienes le ayudan a administrar a todos sus proveedores y servicios. Todos trabajan juntos para darle 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 a quién llamar. Esta persona ayuda a administrar todos sus proveedores y servicios y se asegura de que usted obtenga lo que necesite. |
| **¿Qué son los servicios y respaldos a largo plazo?** | Los servicios y respaldos a largo plazo son ayuda para personas que necesitan asistencia para realizar las tareas de la vida diaria, como tomar un baño, vestirse, cocinar y tomar medicamentos. La mayoría de estos servicios son en su hogar o en su comunidad, pero pueden ser prestados en un hogar para personas de la tercera edad o un hospital. |
| **¿Recibirá con <plan name> los mismos beneficios de Medicare y Medicaid que recibe ahora?** | Usted obtendrá sus beneficios cubiertos por Medicare y Medicaid directamente de <plan name>. Usted trabajará con un equipo para el cuidado de salud 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 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 hacer un plan de cuidado individualizado para atender sus necesidades de salud y respaldo. 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 temporario. Le ayudaremos a obtener otro medicamento o una excepción para que <plan name> cubra su medicamento, si es médicamente necesario. |
| **¿Puede consultar los mismos médicos que consulta ahora?** | Esto es posible con frecuencia. Si sus proveedores (incluyendo médicos, terapeutas y farmacias) trabajan con <plan name> y tienen contrato con nosotros, usted podrá seguir viéndolos.   * Los proveedores que tienen acuerdos con nosotros se consideran “dentro de la red”. **Usted debe usar proveedores de la red de <plan name>.** * Si necesita cuidados urgentes, de emergencia o servicios de diálisis fuera del área, usted puede usar proveedores fuera de la red de <plan name>. * Usted puede visitar Centros de salud calificados federalmente, Clínicas de salud rural [y] proveedores de servicios de planificación familiar anotados en el *Directorio de proveedores y farmacias* [insert if the plan does not directly or indirectly contract with these entities and they are in the service area: [y] enfermeras tituladas certificadas [y] enfermeras parteras certificadas]. * Si usted está recibiendo servicios de excepción de vida con asistencia o servicios de institución de servicios a largo plazo para personas de la tercera edad, de un proveedor fuera de la red, el día en que se haga miembro y antes, usted podrá continuar recibiendo estos servicios de este proveedor fuera de la red.   Para saber si sus médicos están dentro de la red del plan, llame a Servicios al miembro o lea el *Directorio de proveedores y farmacias* de <plan name>. |
| **¿Qué sucederá si necesita algún servicio pero ningún proveedor de la red de <plan name> puede proporcionárselo?** | La mayoría de los servicios serán prestados por proveedores de nuestra red. Si necesita algún servicio que no pueda ser proporcionado dentro de la red, <plan name> pagará el costo de un proveedor fuera de la red. |
| **¿Dónde está disponible <plan name>?** | El área de servicio de este plan incluye: [plans should enter county or counties] Condados, <State>. Usted debe vivir en [plans should enter: esta área **or** una de estas áreas] para unirse al plan. |
| **¿Usted paga una cantidad mensual (también llamada cuota) con <plan name>?** | Usted no pagará ninguna cuota mensual a <plan name> por su cobertura de salud. |
| **¿Qué es una autorización previa?** | Autorización previa significa que usted debe obtener aprobación de <plan name> antes de que pueda recibir un servicio, artículo o medicamento específicos o para consultar a un proveedor fuera de la red. <Plan name> podría no cubrir el servicio o medicamento si usted no obtiene la autorización. Si necesita cuidados urgentes o de emergencia o servicios de diálisis fuera del área, no necesita obtener primero la autorización.  Lea el Capítulo 3, [*plans may insert reference, as applicable*] del *Manual del miembro* para aprender más sobre la autorización previa. Lea la Tabla de beneficios en la Sección D del Capítulo 4 del *Manual del miembro* para aprender cuáles servicios requieren una autorización previa. |
| **¿Usted necesitará un referido de su PCP para ver otros médicos o especialistas?** | Si bien usted no necesita aprobación (llamado referido) de su proveedor de cuidado primario (PCP) para ver a otros proveedores, aún así es importante comunicarse con su PCP antes de ver un especialista o después de una urgencia o visita al departamento de emergencia. Esto permite a su PCP administrar su cuidado para obtener los mejores resultados. |
| **¿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 personas con ingresos y recursos limitados reducir los costos de su medicamentos de receta de la Parte D de Medicare, tales como los primas, deducibles, y copagos. Ayuda adicional también se llama el “Subsidio por bajos ingresos,” o “LIS,” por sus siglas en inglés.  Sus copagos de medicamentos de receta con <plan name>ya incluyen la cantidad de Ayuda adicional para la que usted es elegible. Para obtener más información sobre Ayuda adicional, comuníquese con su Oficina del Seguro Social o llame al Seguro Social al 1-800-772-1213. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-800-325-0778. [Plan may substitute TTY number with or add contact information for Video Relay or other accessible technology.] |
| **¿Con quién debe comunicarse si tiene alguna pregunta o necesita 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>:**   | **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 miembro 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 debe comunicarse si tiene dudas o necesita ayuda? (continuación de la página anterior)** [Plans may modify the call-lines as appropriate.] | **Si tiene alguna pregunta sobre su salud, por favor llame al <nurse advice call line name>:**   | **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*: This number is for people who have hearing or speaking problems. Este número es para personas con problemas para oír o para hablar. Usted debe tener equipo telefónico especial para llamar.]  Las llamadas a este número [insert if applicable: son or no son] gratuitas. <Days and hours of operation.> | |
| **¿Con quién debe comunicarse si tiene dudas o necesita 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, por favor llame a la Línea de crisis de salud del comportamiento:**   | **LLAME AL** | <Phone number>  Las llamadas a este número son gratuitas. <Days and hours of operation.> [*Include information on the use of alternative technologies*.] | | --- | --- | | **TTY** | <TTY 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. [*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.] | Su costo por proveedores dentro de la red [Plans should insert cost sharing where applicable.] | Limitaciones, excepciones e información de beneficios (reglas de los beneficios) [Plans should provide specific information about: need for 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) The information in this chart should be in line with the plan's approved plan benefit package (PBP).] |
| --- | --- | --- | --- |
| **Usted quiere consultar a un médico (Este servicio continúa en la página siguiente)** | Consultas para atender una lesión o enfermedad | [$–] |  |
| Consultas de rutina, como un examen médico | [$–] |  |
| Transporte al consultorio médico | [$–] |  |
| Cuidados de un especialista | [$–] |  |
| **Usted quiere consultar a un médico (continuación)** | Cuidados para evitar que se enferme, como vacunas contra la gripe | [$–] |  |
| Consulta preventiva "Bienvenidos a Medicare" (una sola vez) | [$–] |  |
| **Usted necesita análisis médicos** | Análisis de laboratorio, como de sangre | [$–] |  |
| Radiografías u otras imágenes, como tomografías axiales computarizadas (CAT Scans) | [$–] |  |
| 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 más detalles. | Posiblemente haya limitaciones en cuanto a los tipos de medicamentos cubiertos. Lea más información en la *Lista de medicamentos cubiertos* (Lista de medicamentos) de <plan name>.  [Plans must indicate if extended-day supplies are available at retail and/or mail order pharmacy locations and make clear that the cost sharing amount for these extended-day supplies is the same as for a one-month supply.] |
| **Necesita medicamentos para atender su enfermedad o padecimiento (continuación)** | Medicamentos de marca | [Plans should insert a single amount, or all applicable copay amounts for a tier with LIS copay amounts] para un suministro de [must be at least 30-day] días. | Posiblemente haya limitaciones en cuanto a los tipos de medicamentos cubiertos. Lea más información en la *Lista de medicamentos cubiertos* (Lista de medicamentos) de <plan name>.  [Plans must indicate if extended-day supplies are available at retail and/or mail order pharmacy locations and make clear that the cost sharing amount for these extended-day supplies is the same as for a one-month supply.] |
| **Necesita medicamentos para atender su enfermedad o padecimiento (continuación)** | Medicamentos de marca | [Plans may delete the following statement if they charge $0 for all brand name drugs.] Los copagos de medicamentos de receta podrían variar de acuerdo con el nivel de Ayuda adicional que usted reciba. Comuníquese con el plan para conocer más detalles. |  |
| Medicamentos de venta sin receta médica | [Plans should insert a single amount, multiple amounts, or minimum/ maximum range.] | Posiblemente haya limitaciones en cuanto a los tipos de medicamentos cubiertos. Lea más información en la *Lista de medicamentos cubiertos* (Lista de medicamentos) de <plan name>. |
| **Necesita medicamentos para atender su enfermedad o padecimiento (continuación)** | Medicamentos de receta de la Parte B de Medicare | [$–] | Los medicamentos de la Parte B de Medicare incluyen medicamentos administrados por su médico en su consultorio, algunos medicamentos orales para el cáncer y algunos medicamentos usados con cierto equipo médico. Lea en el *Manual del miembro* más información sobre estos medicamentos. |
| **Usted necesita tratamiento después de una embolia o accidente** | Terapia física, ocupacional o del habla | [$–] |  |
| **Usted necesita cuidado de emergencia (Este servicio continúa en la página siguiente)** | Servicios de sala de emergencias | [$–] | [Plans must state that they provide emergency room services OON and without prior authorization requirements.] |
| Servicios de ambulancia | [$–] |  |
| **Usted necesita cuidado de emergencia (continuación)** | Cuidado de urgencia | [$–] | [Plans must state that they provide urgent care services 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 | [$–] |  |
| Equipo médico para cuidados en el hogar | [$–] |  |
| Cuidados de enfermería especializada | [$–] |  |
| Acupuntura | [$–] | Este servicio se limita al control del dolor en casos de migraña y dolor lumbar |
| **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 en el consumo de sustancias** | Servicios por el trastorno del consumo 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 | [$–] |  |
| **Usted necesita ayuda para su vida en casa (Este servicio continúa en la página siguiente)** | Alimentos llevados a su casa | [$–] | Estos servicios están disponibles solamente si Ohio Medicaid ha determinado su necesidad de cuidados a largo plazo.  Usted puede ser responsable del pago de una "responsabilidad civil del paciente" por los costos del hogar para personas de la tercera edad o servicios de exención cubiertos a través de su beneficio de Medicaid. El Departamento de trabajo y servicios familiares determinará si sus ingresos y ciertos gastos requieren que usted tenga una responsabilidad civil del paciente. |
| Servicios para el hogar, como limpieza o tareas domésticas | [$–] |
| Cambios a su casa, como rampas y acceso para silla de ruedas | [$–] |
| Asistente de cuidados personales  (Posiblemente pueda contratar su propio asistente. Comuníquese con su Administrador de cuidados o Coordinador de servicios de exención para pedir más información.) | [$–] |
| **Usted necesita ayuda para su vida en casa (continuación)** | Servicios comunitarios de transición | [$–] |
| 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 | [$–] |
| **Usted necesita un lugar dónde vivir con personas disponibles para ayudarle** | Vida con asistencia | [$–] | Estos servicios están disponibles solamente si Ohio Medicaid ha determinado su necesidad de cuidados a largo plazo.  Usted puede ser responsable del pago de una "responsabilidad civil del paciente" por los costos del hogar para personas de la tercera edad o servicios de exención cubiertos a través de su beneficio de Medicaid. El Departamento de trabajo y servicios familiares determinará si sus ingresos y ciertos gastos requieren que usted tenga una responsabilidad civil del paciente. |
| Cuidados en hogares para personas de la tercera edad | [$–] |
| **La persona que le cuida necesita una pausa** | Cuidados de respiro | [$–] | Este servicio está disponible solamente si Ohio Medicaid ha determinado su necesidad de cuidados a largo plazo.  Usted puede ser responsable del pago de una "responsabilidad civil del paciente" por los costos del hogar para personas de la tercera edad o servicios de exención cubiertos a través de su beneficio de Medicaid. El Departamento de trabajo y servicios familiares determinará si sus ingresos y ciertos gastos requieren que usted tenga una responsabilidad civil del paciente. |
| **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.] |  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

# D. Servicios que no cubre <plan name>, Medicare y Medicaid

Ésta no es una lista completa. Llame a Servicios al miembro para averiguar sobre otros servicios excluidos. [The services listed in the remaining bullets are excluded from Medicare’s and Medicaid’s benefit packages. If any services below are plan-covered supplemental benefits or are required to be covered by Medicaid or under a State’s demonstration, or have become covered due to a Medicare or Medicaid change in coverage policy, delete them from this list. When plans partially exclude services excluded by Medicare, they need not delete the item but may revise the text to describe the extent of the exclusion. Plans may consult Section G of Chapter 4 of the Member Handbook and add parenthetical references to the Benefits Chart for descriptions of covered services/items as appropriate. Plans may also add exclusions as needed.]

| Servicios que no cubre <plan name>, Medicare o Medicaid | |
| --- | --- |
| Servicios que no son considerados como "razonables y necesarios", de acuerdo con las normas de Medicare y Medicaid, a menos que estos servicios estén indicados por nuestro plan como servicios cubiertos. | Cirugía cosmética u otros trabajos cosméticos, a menos que sean necesarios por una lesión accidental o para mejorar una parte del cuerpo malformada. No obstante, el plan cubrirá una reconstrucción de seno después de una mastectomía y para tratar el otro seno para que sean iguales. |
| Tratamientos médicos y quirúrgicos, artículos y medicamentos experimentales, a menos que estén cubiertos por Medicare bajo un estudio clínico de investigación aprobado por Medicare o por nuestro plan. Los tratamientos y artículos experimentales son aquellos que no han sido generalmente aceptados por la comunidad médica. | Cuidado quiropráctico que no sean radiografías y manipulación manual (ajustes) de la columna vertebral, para corregir la alineación, de acuerdo con las normas de cobertura de Medicare y Medicaid |
| Tratamiento quirúrgico de obesidad patológica, excepto cuando sea médicamente necesario y lo cubra Medicare. | Cuidados de los pies de rutina, excepto por la cobertura limitada proporcionada de acuerdo a las normas de Medicare y Medicaid |
| Habitación privada en el hospital, excepto cuando sea médicamente necesaria. |  |

# E. Sus derechos como miembro del plan

Como miembro de <plan name>, usted tiene ciertos derechos. Usted puede ejercer estos derechos sin ser castigado. También puede ejercer estos derechos sin perder sus servicios de cuidados de salud. Le hablaremos de sus derechos por lo menos una vez al año. Para obtener más información sobre sus derechos, lea el Capítulo 8 del *Manual del miembro*. Sus derechos incluyen, sin limitación, lo siguiente:

* **Usted tiene derecho a ser tratado con respeto, imparcialidad y dignidad**. Esto incluye el derecho a:
* Recibir servicios cubiertos, sin importar su raza, etnicidad, origen nacional, religión, sexo, identidad de género, edad, discapacidad mental o física, orientación sexual, información genética, posibilidades de pago o capacidad para hablar inglés.
* Recibir información en otros formatos a su pedido (por ejemplo: en letras grandes, 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 usted puede cambiar su PCP en cualquier momento durante el año.
* Ver un proveedor de servicios en salud de la mujer sin un referido.
* Recibir sus servicios y medicamentos cubiertos rápidamente.
* Saber sobre todas las opciones de tratamiento, sin importar su costo o si están cubiertos o no.
* Rechazar tratamiento, aunque su médico aconseje lo contrario.
* Dejar de tomar medicamentos.
* Pedir una segunda opinión. <Plan name> pagará el costo de la consulta para la segunda opinión.
* **Usted tiene derecho al acceso oportuno a cuidados de salud sin obstáculos de comunicación o de acceso físico.** Esto incluye el derecho a:
* Recibir cuidados de salud oportunamente.
* 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 buscar cuidado de emergencia y urgencia cuando los necesite.** Esto significa que:
* Usted tiene derecho a recibir servicios de emergencia sin aprobación previa en una emergencia.
* Usted tiene derecho a ver a un proveedor de servicios médicos de urgencia o emergencia fuera de la red cuando sea necesario.
* **Usted tiene derecho a la confidencialidad y la privacidad.** Esto incluye el derecho 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.
* **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.
* 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>. También puede llamar a Servicios al miembro de <plan name> si tiene alguna pregunta.

# F. 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 negamos, llame a <plan name> al <toll-free number>. Usted podría apelar nuestra decisión.

Si tiene alguna pregunta sobre quejas y apelaciones, puede leer el Capítulo 9 del *Manual del miembro* de <plan name> [*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.]

# G. 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 miembro 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, 7 días de la semana.
* O, llame a la oficina del Fiscal general de Ohio al 1-800-282-0515.