<Plan name> *Manual del miembro*

* [Before use, the plan must upload in HPMS only (1) a standalone ANOC and (2) a standalone EOC (Member Handbook). The plan should work with their marketing reviewers to withdraw any duplicate material submitted in error. The plan must enter Actual Mail Dates (AMDs) for ANOCs in accordance with CMS requirements as detailed in the “Update AMD/Beneficiary Link/Function” section of the Marketing Review Users Guide in HPMS. Note that the plan must enter AMD information for ANOC mailings only for mailings to current members. The plan should not enter ANOC AMD information for October 1, November 1, or December 1 effective enrollment dates or for January 1 effective enrollment dates for any new members.]
* [The plan may add a front cover to the Member Handbook that contains information such as the plan name, Member Handbook title, and contact information for Member Services. The plan may add a logo and/or photographs to the front cover as long as these elements do not make it difficult for members to read other information on the cover. If the plan adds a front cover, it must contain the Material ID.]
* [The plan should change “MMP” to any State-specific name for the health plan.]
* [Where the template uses “medical care,” “medical services,” or “health care services,” to explain services provided, the plan may revise and/or add references to long-term services and supports and/or home and community-based services as applicable.]
* [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 refer members to other parts of the handbook using the appropriate chapter number, section, and/or page number. For example, "refer to Chapter 9, Section A, page 1." An instruction [plan may insert reference, as applicable] is listed next to each cross reference throughout the handbook.]
* [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. 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.]

**<start date> – <end date>**

**Su cobertura de salud y medicamentos en <plan name> del plan Medicare-Medicaid**

[Plan: Revise this language to reflect that the organization is providing both Medicaid and Medicare covered benefits, when applicable.]

[Optional: Insert member name.]

[Optional: Insert member address.]

**Introducción al *Manual del miembro***

Este manual le informa sobre la cobertura de su seguro de salud con <plan name> hasta <end date>. Se explican los servicios de cuidado de salud, la cobertura de salud del comportamiento, la cobertura de medicamentos de receta y los servicios y respaldos a largo plazo. Los servicios y respaldos a largo plazo le ayudarán a permanecer en su hogar en lugar de ir a un hogar para personas de la tercera edad o a un hospital. Los términos clave y sus definiciones se encuentran en orden alfabético en el último capítulo del *Manual del miembro*.

**Este es un documento legal importante. Guárdelo en un lugar seguro.**

<Plan name> es un plan ofrecido por <sponsor name>. Cuando en este *Manual del miembro* se habla de “nosotros”, “a nosotros” o “nuestro”, se refiere a <sponsor name>. Cuando se habla del “plan” o de “nuestro plan,” se refiere a <plan name>.

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 a Servicios al miembro al <toll-free number>, <days and hours of operation>. Los usuarios de TTY deben llamar al <TTY number>. La llamada es gratuita.

[*Plan also must simply describe:*

* + *how it will request a member’s preferred language other than English and/or alternate format,*
  + *how it will keep the member’s information as a standing request for future mailings and communications so the member does not need to make a separate request each time,* ***and***
  + *how a member can change a standing request for preferred language and/or format.*]

[Plan must include an overall Table of Contents for the Member Handbook after the Member Handbook Introduction and before the Member Handbook Disclaimers.]

Declaraciones requeridas

* [Plan must include all applicable disclaimers as required in the State-specific Marketing Guidance.]
* [Consistent with the formatting in this section, the plan may insert additional bulleted disclaimers or state-required statements, including state-required disclaimer language, here.]
* La cobertura en virtud de <plan name> es una cobertura médica calificada denominada “cobertura esencial mínima”. Esta cobertura cumple con el requisito de responsabilidad individual compartida de la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible (ACA). Visite el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (IRS) en [www.irs.gov/es/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families](http://www.irs.gov/es/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families) para obtener más información sobre el requisito de responsabilidad individual compartida.
* Si usted es o comienza a ser elegible para recibir servicios y respaldos a largo plazo (LTSS), es posible que tenga que pagar parte del costo de estos servicios. A esto se le llama “costo compartido” y Rhode Island Medicaid determina la cantidad.

Capítulo 1: Información básica para miembros del plan

Introducción

Este capítulo incluye información sobre <plan name>, un plan de salud que cubre todos sus servicios de Medicare y Rhode Island Medicaid, y su participación en el plan. También le explica qué esperar y qué otra información recibirá de <plan name>. Los términos clave y sus definiciones se encuentran en orden alfabético en el último capítulo del *Manual del miembro*.

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

Tabla de contenidos

[A. Bienvenido a <plan name> 7](#_Toc76495890)

[B. Información sobre Medicare y Medicaid 7](#_Toc76495891)

[B1. Medicare 7](#_Toc76495892)

[B2. Medicaid 7](#_Toc76495893)

[C. Las ventajas de este plan 8](#_Toc76495894)

[D. Área de servicio de <plan name> 9](#_Toc76495895)

[E. Requisitos para ser miembro del plan 9](#_Toc76495896)

[F. Qué esperar al inscribirse por primera vez en un plan de salud 9](#_Toc76495897)

[G. Su plan de cuidado 9](#_Toc76495898)

[H. La prima mensual del plan <plan name> 10](#_Toc76495899)

[I. El *Manual del miembro* 10](#_Toc76495900)

[J. Otra información que le enviaremos 10](#_Toc76495901)

[J1. Su tarjeta de identificación de miembro de <plan name> 10](#_Toc76495902)

[J2. *Directorio de proveedores y farmacias* 11](#_Toc76495903)

[J3. *Lista de medicamentos cubiertos* 12](#_Toc76495904)

[J4. *Explicación de beneficios* 12](#_Toc76495905)

[K. Cómo mantener actualizado su expediente de miembro 13](#_Toc76495906)

[K1. Privacidad de su información médica personal (PHI) 14](#_Toc76495907)

# Bienvenido a <plan name>

<Plan name> es un Plan Medicare-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 un administrador de cuidados y un equipo para el cuidado de salud para ayudarle a administrar todos sus proveedores y servicios. Todos ellos trabajan conjuntamente para proporcionarle los cuidados que usted necesite.

<Plan name> fue aprobado por el estado de Rhode Island y por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) para ofrecerle servicios como parte de la iniciativa de cuidados integrados.

La iniciativa de cuidados integrados es un programa piloto administrado por el estado de Rhode Island y el gobierno federal para ofrecer un mejor cuidado de salud a quienes tienen Medicare y Medicaid. Con este programa piloto, el estado y el gobierno federal evaluarán maneras de mejorar los servicios de cuidado de salud que usted recibe de Medicare y Medicaid.

[The plan can include language about itself.]

# Información sobre Medicare y Medicaid

## B1. Medicare

Medicare es el programa federal de seguros de salud para:

* personas de 65 años de edad o mayores,
* algunas personas menores de 65 años con ciertas discapacidades; **y**
* personas con enfermedad renal en fase terminal (insuficiencia renal).

## B2. Medicaid

Medicaid es un programa administrado por el gobierno federal y por el estado que ayuda a las personas de ingresos y recursos limitados a pagar servicios y respaldos a largo plazo y gastos médicos. También cubre servicios adicionales y medicamentos que Medicare no cubre. En Rhode Island, Medicaid se denomina Rhode Island Medicaid.

Cada estado decide:

* qué cuenta como ingreso y recursos,
* quién es elegible,
* qué servicios están cubiertos, **y**
* cuánto cuestan.

Los estados pueden decidir cómo administrar sus propios programas siempre y cuando lo hagan de conformidad con los reglamentos federales.

[The plan may add language indicating that Medicaid approves their plan each year, if applicable.] Medicare y Rhode Island deben aprobar <plan name> cada año. Usted puede obtener servicios de Medicare y Rhode Island Medicaid por medio de nuestro plan, siempre y cuando:

* nosotros ofrezcamos el plan; **y**
* Medicare y el estado de Rhode Island aprueben el plan.

Aunque nuestro plan se cancele en el futuro, su elegibilidad para recibir servicios de Medicare y Rhode Island Medicaid no cambiará.

# Las ventajas de este plan

Usted recibirá todos los servicios cubiertos por Medicare y Rhode Island Medicaid a través de <plan name>, incluidos medicamentos de receta. **No tiene que pagar más para inscribirse en este plan de salud.**

Con <plan name> sus beneficios de Medicare y Rhode Island Medicaid funcionarán mejor juntos y funcionarán mejor para usted. Estas son algunas de las ventajas de que disfrutará:

* Podrá trabajar con **un** plan de salud para **todas** sus necesidades de seguro de salud.
* Tendrá un equipo para el cuidado de salud creado con su ayuda. Su equipo para el cuidado de salud podrá estar conformado por médicos, enfermeros, consejeros u otros profesionales de la salud, que le ayudarán a obtener el cuidado que necesita.
* [Insert as appropriate: Es posible que tenga **or** Tendrá] acceso a un administrador de cuidados. una persona que trabajará con usted, con <plan name> y con sus proveedores a fin de que usted reciba el cuidado de salud que necesita.
* Usted podrá controlar el cuidado de su salud con la ayuda de su equipo para el cuidado de salud y del administrador de cuidados.
* El equipo para el cuidado de salud y el administrador de cuidados trabajarán con usted para preparar un plan de cuidado, diseñado específicamente para atender sus necesidades de salud. El equipo para el cuidado de salud se encargará de coordinar los servicios que usted necesita. Por ejemplo:
* Su equipo para el cuidado de salud se asegurará de que sus proveedores estén al tanto de todos los medicamentos que usted toma, para poder reducir cualquier efecto secundario.
* Su equipo para el cuidado de salud se asegurará de que todos sus médicos y otros proveedores dispongan de los resultados de sus pruebas médicas.

# Área de servicio de <plan name>

Nuestra área de servicio es el estado de Rhode Island.

Solo las personas que viven en nuestra área de servicio pueden tener <plan name>.

**Si usted se muda fuera de Rhode Island**, no podrá continuar en este plan. Consulte el Capítulo 8, [plan may insert reference, as applicable] para obtener más información sobre cómo le afectará el hecho de mudarse a un lugar fuera de nuestra área de servicio.

# Requisitos para ser miembro del plan

Podrá inscribirse en nuestro plan si:

* es mayor de 21 años,
* reside en nuestra área de servicio,
* tiene la Parte A y la Parte B de Medicare y cumple los requisitos para la Parte D,
* es ciudadano de los Estados Unidos o está legalmente en los Estados Unidos,
* cumple los requisitos para Rhode Island Medicaid.

[Plan should insert additional eligibility criteria.]

# Qué esperar al inscribirse por primera vez en un plan de salud

Al inscribirse por primera vez en el plan, usted recibirá una evaluación dentro de los primeros [*plan inserts the amount specified in the three-way contract:* *e.g.,* 180 *or* 90] días.

[The plan should discuss the process for the assessment – who performs it, who will contact the member, etc.]

**Si <plan name> es nuevo para usted**, podrá seguir acudiendo a los proveedores actuales durante 180 días.

Después de los 180 días, deberá acudir a médicos y otros proveedores de la red de <plan name>. Un proveedor de la red es un proveedor que trabaja con el plan de salud. Consulte el Capítulo 3 [plan may insert reference, as applicable] para obtener más información sobre cómo recibir cuidado.

# Su plan de cuidado

Su plan de cuidado es el plan en el que se detallan los servicios de salud que usted recibirá y cómo los recibirá.

Después de recibir su evaluación, su equipo para el cuidado de salud se reunirá con usted para hablar sobre los servicios de salud que necesita y desea. Juntos, usted y su equipo para el cuidado de salud prepararán su plan de cuidado.

Cada año, su equipo para el cuidado de salud trabajará con usted para actualizar su plan de cuidado si los servicios de salud que usted necesita y desea cambian.

# La prima mensual del plan <plan name>

<Plan name> no tiene una prima mensual.

# El *Manual del miembro*

Este *Manual del miembro* forma parte de nuestro contrato con usted. Eso significa que debemos seguir todas las reglas que se detallan en este documento. Si cree que hemos hecho algo que vaya en contra de estas reglas, usted podrá apelar o cuestionar nuestras decisiones. Para obtener información sobre cómo presentar una apelación, consulte el Capítulo 9 [plan may insert reference, as applicable], o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

Puede solicitar un *Manual del miembro* llamando a Servicios al miembro al <toll-free number>. También puede consultar el *Manual del miembro* en <web address> o descargarlo desde este sitio web. [Plan may modify language if the Member Handbook will be sent annually.]

El contrato permanecerá vigente durante los meses en que usted esté inscrito en <plan name>.

# Otra información que le enviaremos

Usted ya debe haber recibido una tarjeta de identificación de miembro de <plan name>, [insert if applicable: información sobre cómo acceder a] un *Directorio de proveedores y farmacias*, [if the plan limits DME brands and manufacturers insert: una Lista de equipo médico duradero,] y [insert if applicable: información sobre cómo acceder a] una *Lista de medicamentos cubiertos*.

## J1. Su tarjeta de identificación de miembro de <plan name>

Con nuestro plan, usted tendrá una única tarjeta para sus servicios de Medicare y Rhode Island Medicaid, incluidos servicios y respaldos a largo plazo y medicamentos de receta cubiertos por el plan <plan name>. Deberá mostrar esta tarjeta cada vez que reciba servicios o medicamentos. La siguiente tarjeta es una muestra de cómo será la suya:

[Insert picture of front and back of Member ID Card. Mark it as a sample card (for example, by superimposing the word “sample” on the image of the card).]

Si su tarjeta se daña, se pierde o se la roban, llame inmediatamente a Servicios al miembro y le enviaremos una tarjeta nueva.

Mientras sea miembro de nuestro plan, usted no tendrá que usar su tarjeta de Medicare (roja, blanca y azul) ni su tarjeta de Rhode Island Medicaid (la del “ancla”) para recibir servicios cubiertos por <plan name>. Guarde su tarjeta de Medicare en un lugar seguro, ya que la podría necesitar más adelante. **Necesitará usar su tarjeta de Rhode Island Medicaid (la del “ancla”) para los servicios dentales y de transporte que no sean emergencias médicas (NEMT).** Para obtener más información sobre cuándo utilizar la tarjeta de Rhode Island Medicaid (la del “ancla”), consulte el Capítulo 4 [*plan may insert reference, as applicable*]. Si muestra su tarjeta de Medicare en lugar de su tarjeta de identificación de miembro del plan <plan name>, el proveedor facturará el servicio a Medicare en lugar de a nuestro plan, y puede que usted reciba una factura. Consulte el Capítulo 7 [plan may insert reference, as applicable] para saber qué hacer si recibe una factura de un proveedor.

## J2. *Directorio de proveedores y farmacias*

El *Directorio de proveedores y farmacias* incluye una lista de los proveedores y farmacias de la red de <plan name>. Mientras usted sea miembro de nuestro plan, deberá usar proveedores de la red para obtener los servicios cubiertos. Existen algunas excepciones cuando usted se inscribe por primera vez en nuestro plan (consulte la página <page number>).

Puede solicitar un *Directorio de proveedores y farmacias* llamando a Servicios al miembro al <toll-free number>. También puede consultar el *Directorio de proveedores y farmacias* en <web address> o descargarlo desde este sitio web. [Plan may modify language if the Provider and Pharmacy Directory will be sent annually.]

[The plan must add information describing the information available in the directory.]

**Definición de proveedores de la red**

* [The plan should modify this paragraph to include all services covered by the state, including long-term supports and services.] Son proveedores de la red de <plan name>:
* Los médicos, enfermeros y otros profesionales de la salud a los que puede consultar como miembro de nuestro plan.
* Las clínicas, hospitales, centros de enfermería y otros establecimientos que proporcionan servicios de salud en nuestro plan.
* Agencias de cuidado de salud en el hogar, proveedores de equipo médico duradero y otros proveedores de los bienes y servicios que usted obtiene a través de Medicare o Rhode Island Medicaid.

Los proveedores de la red han acordado aceptar pagos de nuestro plan [if the plan has cost sharing, insert: y costo compartido] por los servicios cubiertos como pago total. Si usted es o comienza a ser elegible para recibir servicios y respaldos a largo plazo (LTSS), es posible que tenga que pagar parte del costo de estos servicios. A esto se le llama “costo compartido” y Rhode Island Medicaid determina la cantidad.

**Definición de farmacias de la red**

* Las farmacias de la red son farmacias que han acordado surtir recetas para los miembros de nuestro plan. Busque en el *Directorio de proveedores y farmacias* la farmacia de la red que desee usar.
* Excepto en casos de emergencia, usted deberá surtir sus medicamentos de receta en las farmacias de nuestra red si desea que nuestro plan le ayude a pagarlos.

Llame a Servicios al miembro al <toll-free number> para obtener más información. Tanto Servicios al miembro como el sitio web de <plan name> pueden proporcionarle la información más actualizada sobre los cambios en nuestra red de farmacias y proveedores.

[If the plan limits DME brands and manufacturers insert the following section (for more information about this requirement, refer to the Medicare Managed Care Manual, Chapter 4, Section 10.12.1 et seq.):

**Lista de equipo médico duradero (DME)**

Junto con el Manual del miembro, le enviamos también la Lista de equipo médico duradero de <plan name>. Esta lista le indica las marcas y fabricantes de equipo médico duradero que cubrimos. Asimismo, en nuestro sitio web <web address>, encontrará la lista más reciente de marcas, fabricantes y proveedores del plan. Consulte el Capítulo 4, [plan may insert reference, as applicable] para obtener más información sobre el MDE].

## J3. *Lista de medicamentos cubiertos*

El plan incluye una *Lista de medicamentos cubiertos,* a la que llamamos "Lista de medicamentos", para abreviar. En ella constan los medicamentos de receta cubiertos por <plan name>.

En la Lista de medicamentos se indica también si algún medicamento está sujeto a reglas o restricciones, por ejemplo, de cantidad. En el Capítulo 5 [plan may insert reference, as applicable] encontrará más información sobre estas reglas y restricciones.

Cada año, le enviaremos [insert if applicable: información sobre cómo acceder a] la Lista de medicamentos, pero, entretanto, la lista podría sufrir cambios. Para obtener la información más actualizada sobre los medicamentos cubiertos, visite <web address> o llame al <toll-free number>.

## J4. *Explicación de beneficios*

Cuando use sus beneficios de medicamentos de receta de la Parte D, le enviaremos un resumen para ayudarle a entender y a mantener un registro de los pagos realizados por sus medicamentos de receta de la Parte D. Este resumen se denomina *Explicación de beneficios* (EOB).

En la EOB se indica la cantidad total que usted u otras personas en su nombre han gastado en medicamentos de receta de la Parte D y la cantidad total que nosotros hemos pagado por cada uno de sus medicamentos de receta de la Parte D durante el mes. La EOB contiene más información acerca de los medicamentos que usted toma [*insert, as applicable:* como incrementos en los precios y otros medicamentos de menor costo compartido que pueden estar disponibles. Hable con su proveedor acerca de estas opciones de menor costo]. En el Capítulo 6 [plan may insert reference, as applicable] encontrará más información sobre la EOB y su utilidad para llevar un registro de la cobertura de sus medicamentos.

Si lo desea, puede solicitar una EOB en cualquier momento. Comuníquese con Servicios al miembro para obtener una copia.

[Plan may insert other methods that members can get their EOB.]

# Cómo mantener actualizado su expediente de miembro

[In the heading and this section, the plan should substitute the name used for this file if it is different from “membership record.”]

Usted puede mantener actualizado su expediente de miembro avisándonos oportunamente de cualquier cambio en sus datos.

Los proveedores y las farmacias de la red del plan necesitan que sus datos estén correctos. **Estos utilizarán su expediente de miembro para saber qué servicios y medicamentos recibe usted y cuánto le costarán.** Por eso es muy importante que nos ayude a mantener su información actualizada.

Infórmenos sobre lo siguiente:

* Cambios en su nombre, su dirección o su número de teléfono
* Cambios de cobertura en cualquier otro tipo de seguro de salud que tenga, por ejemplo de su empleador, del empleador de su cónyuge o el empleador de su pareja de hecho, o indemnización por accidente laboral
* Cualquier reclamación de responsabilidad, como una demanda por un accidente automovilístico
* Ingreso en un hogar para personas de la tercera edad o en un hospital
* Cuidado en un hospital o sala de emergencias fuera del área o fuera de la red
* Cambio de la persona encargada de su cuidado (o la persona responsable de usted)
* Si participa o va a participar en un estudio de investigación clínica

Si hay algún cambio en sus datos, informe a Servicios al miembro al <toll-free number>.

[If the plan allows members to update this information online may describe that option here.]

## K1. Privacidad de su información médica personal (PHI)

Su expediente de miembro puede contener información médica personal (PHI). Existen leyes que nos exigen preservar la confidencialidad de su PHI. Nosotros nos aseguramos de que su PHI esté protegida. Para obtener más información sobre cómo protegemos su PHI, consulte el Capítulo 8 [plan may insert reference, as applicable].