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 (PA), utilization management restrictions for drugs, maximum out of pocket costs on services, permissible OON services, and applicable cost sharing (if different than in-plan cost sharing).]
* [For the “You need help living at home” category of services, indicate if services are only available to members in a waiver program, in which case 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 members to read and understand. The following are based on input from beneficiary interviews:
* *Format a section, chart, table, or block of text to fit onto a single page. In instances where plan-customized information causes an item or text to continue on the following page, enter a blank return before right aligning with clear indication that the item continues (for example, similar to the Benefits Chart in Chapter 4 of the Member Handbook, insert:* **Esta sección continúa en la página siguiente***).*
* *Ensure plan-customized text is in plain language and complies with reading level requirements established in the three-way contract.*
* *Break up large blocks of plan-customized text into short paragraphs or bulleted lists and give a couple of plan-specific examples as applicable.*
* *Spell out an acronym or abbreviation before its first use in a document or on a page (for example, Long-term services and supports (LTSS) or low income subsidy (LIS)).*
* *Include the meaning of any plan-specific acronym, abbreviation, or key term with its first use.*
* *Avoid separating a heading or subheading from the text that follows when paginating the model.*
* *Use universal symbols or commonly understood pictorials.*
* *Draft and format plan-customized text and terminology in translated models to be culturally and linguistically appropriate for non-English speakers.*
* *Consider using regionally appropriate terms or common dialects in translated models.*
* *Include instructions and navigational aids in translated models in the translated language rather than in English.*
* *Consider producing translated models in large print.*]

Introducción

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

[*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](#_Toc139618474)

[B. Preguntas frecuentes 5](#_Toc139618475)

[C. Resumen de servicios 12](#_Toc139618476)

[D. Servicios que <plan name>, Medicare y Medicaid no cubren 26](#_Toc139618477)

[E. Sus derechos como miembro del plan 27](#_Toc139618478)

[F. Cómo presentar una queja o apelar un servicio que negamos 29](#_Toc139618479)

[G. Qué hacer si sospecha de la existencia de fraude 29](#_Toc139618480)

# Declaraciones requeridas

Este es un resumen de los servicios médicos cubiertos por <plan name> para <date>. Este solo es un resumen. Para ver la lista completa de beneficios, consulte el Manual del miembro. [*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.*]
* [As required at 42 CFR § 438.10(d)(2), all disclaimers and taglines that explain the availability of alternate formats using auxiliary aids and services or oral interpretation services and the toll-free telephone number of the entity providing choice counseling services as required by § 438.71(a), must be in a conspicuously visible font.]
* Con <plan name>, usted puede obtener sus servicios de Medicare y de Medicaid en un solo plan de salud. Un administrador de cuidados de <plan name> lo ayudará a administrar sus necesidades de cuidado de salud.
* Esta no es una lista completa. La información de beneficios es un resumen breve, no una descripción completa de los beneficios. Para obtener más información, comuníquese con el plan o consulte el *Manual del miembro*.
* ATENCIÓN: Si habla [*insert language of the disclaimer*], hay servicios de asistencia de idioma disponibles para usted sin cargo. Llame al [insert Member Services toll-free phone and TTY numbers, and days and hours of operation]. 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, como, por ejemplo, con letra grande, en braille o en audio. Llame al <toll-free and TTY numbers>, <days and hours of operation>. La llamada es gratuita.
* [*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 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 MyCare Ohio?** | Un plan 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. Sirve para personas con Medicare y Medicaid. Un plan MyCare Ohio es una organización compuesta por médicos, hospitales, farmacias, proveedores de servicios a largo plazo y otros proveedores. También tiene equipos para el cuidado de salud y administradores de cuidados, quienes lo ayudan a administrar todos sus proveedores y servicios. Todos ellos trabajan conjuntamente para proporcionarle los cuidados que usted necesite. |
| **¿Qué es un administrador de cuidados de <plan name>?** | Un administrador de cuidados de <plan name> es la persona principal con la que puede contactar. Esta persona ayuda a administrar todos sus proveedores y servicios y se asegura de que usted obtenga lo que necesite. |
| **¿Qué son los servicios y respaldos a largo plazo?** | Los servicios y respaldos a largo plazo 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 Medicaid que recibo 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 lo 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 desarrollar un Plan de cuidados individualizado para que puedan 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 temporal. Le ayudaremos a obtener otro medicamento o una excepción para que <plan name> cubra su medicamento, siempre y cuando sea médicamente necesario. |
| **¿Puedo seguir acudiendo a los mismos médicos que hasta ahora?** | Esto pasa con frecuencia. Si sus proveedores (incluidos 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 de la red de <plan name>. * Puede acudir a un Centro de salud federal acreditado, una Clínica de salud rural, [y] proveedores de planificación familiar acreditados que están 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 profesionales certificadas [y] enfermeras parteras certificadas]. * Si usted está recibiendo servicios de excepción de asistencia con la vida diaria o de un centro de enfermería a largo plazo de un proveedor fuera de la red a la fecha en que se convierte en miembro del plan, puede seguir recibiendo los servicios de ese proveedor fuera de la red.   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>. |
| **¿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], <State>. Usted debe vivir en [*plans should enter* esta área ***or*** una de estas áreas] para unirse al plan. |
| **¿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 (PA)?** | PA significa que usted debe obtener aprobación de <plan name> antes de que pueda recibir un servicio 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 PA. Para obtener más información sobre qué servicios requieren una PA, consulte la Tabla de beneficios en la Sección D del Capítulo 4 del *Manual del miembro*. |
| **¿Necesitaré un referido de mi PCP para ver a otros médicos o especialistas?** | A pesar de que no necesita una aprobación (que se conoce como “referido”) de su Proveedor de cuidado primario (PCP) para acudir a otros proveedores, es importante que llame a su PCP antes de acudir a un especialista o después de ir al médico por una urgencia o emergencia. Esto permite que su PCP gestione su cuidado de manera que usted obtenga los mejores resultados. |
| **¿Debo pagar algún deducible?** | Con el <plan name>, no debe pagar ningún deducible. |
| **¿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. Ayuda adicional también se llama “Subsidio por bajos ingresos” o “LIS”.  Sus copagos de medicamentos de receta con <plan name> ya incluyen la cantidad de Ayuda adicional para la que usted cumple con los requisitos. Para obtener más información sobre esta Ayuda adicional, comuníquese con su Oficina del Seguro Social o llame al Seguro Social al 1-800-772-1213. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-800-325-0778. [Plan may substitute TTY number with or add contact information for Video Relay or other accessible technology.] |
| **¿Tengo algún período sin cobertura para medicamentos?** | No. Con Medicaid, la cobertura de medicamentos es inmediata. |
| **¿Con quién debo comunicarme si tengo alguna pregunta o necesito ayuda? (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, 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 number:* Este número es para personas con problemas de audición o del habla. Para poder llamar, usted debe tener un equipo telefónico especial.]  Las llamadas a este número son gratuitas. <Days and hours of operation.> | |
| **¿Con quién debo comunicarse si tengo alguna pregunta o necesita ayuda? (continuación de la página anterior)** [*Plans may modify the call-lines as appropriate.*] | **Si tiene preguntas sobre su salud, llame a la <nurse advice call line name>:**   | **POR TELÉFONO** | <Phone Number>  Las llamadas a este número son gratuitas. <Days and hours of operation.> [*Include information on the use of alternative technologies*.] | | --- | --- | | **POR TTY** | <TTY phone number>  [*Insert if the plan uses a direct TTY number:* Este número es para personas con problemas de audición o del habla. Para poder llamar, usted debe tener un equipo telefónico especial.]  Las llamadas a este número [*Insert if applicable:* no] son gratuitas. <Days and hours of operation.> | |
| **¿Con quién debo comunicarse si tengo alguna pregunta 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, llame a la Línea de crisis de salud del comportamiento:**   | **POR TELÉFONO** | <Phone Number>  Las llamadas a este número son gratuitas. <Days and hours of operation.> [*Include information on the use of alternative technologies*.] | | --- | --- | | **POR TTY** | <TTY phone number>  [*Insert if the plan uses a direct TTY number:* Este número es para personas con problemas de audición o del habla. Para poder llamar, usted debe tener un equipo telefónico especial.]  Las llamadas a este número [*Insert if applicable:* no] son gratuitas. <Days and hours of operation.>] | |

# Resumen de servicios

La tabla siguiente es un resumen rápido de los servicios que posiblemente necesite, sus costos y las reglas de los beneficios. [*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 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 PA, utilization management restrictions for drugs, maximum out of pocket costs on services, and permissible OON services and applicable cost sharing (if different than in-network cost sharing). The information in this chart should be in line with the plan's approved plan benefit package (PBP).] |
| --- | --- | --- | --- |
| **Quiero consultar a un médico** | Consultas para atender una lesión o enfermedad | [$–] |  |
| Consultas de rutina, como un examen médico | [$–] |  |
| Transporte al consultorio médico | [$–] |  |
| Cuidados de especialista | [$–] |  |
| Cuidados para evitar que se enferme, como vacunas contra la gripe | [$–] |  |
| Visita preventiva de “Bienvenida a Medicare” (una única vez) | [$–] |  |
| **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. | 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 may delete the following statement if they only have one coverage stage.] Cuando usted, o terceros en su nombre, hayan pagado <insert TrOOP amount>, habrá alcanzado la etapa de cobertura catastrófica y pagará $0 por sus medicamentos de Medicare. Consulte el *Manual del miembro* para obtener más información sobre esta etapa. |
| **Necesita medicamentos para atender su enfermedad o padecimiento (este servicio continúa en la página siguiente)** | Medicamentos genéricos (no de marca) | [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. | **Mensaje importante sobre lo que paga por las vacunas:** Algunas vacunas están cubiertas dentro de los beneficios y otras se consideran medicamentos de la Parte D. Estas vacunas están detalladas en *la Lista de medicamentos cubiertos* (*Formulario*)*.* Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D, sin costo alguno para usted.[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. 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 may delete the following statement if they charge $0 for all brand name drugs.] Los copagos de medicamentos de receta podrían variar de acuerdo con el nivel de Ayuda adicional que usted reciba. Comuníquese con el plan para conocer más detalles. |  |
| **Necesita medicamentos para atender su enfermedad o padecimiento (continuación)** | Medicamentos de venta sin receta médica | [Plans should insert a single amount, multiple amounts, or minimum/maximum range.] | Posiblemente haya limitaciones en cuanto a los tipos de medicamentos cubiertos. Para obtener más información, consulte la *Lista de medicamentos cubiertos (Lista de medicamentos)* de <plan name>. |
| Medicamentos de receta de la Parte B de Medicare | [$–] | 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 they provide emergency room services OON and without PA requirements.] |
| Servicios de ambulancia | [$–] |  |
| Cuidado de urgencia | [$–] | [Plans must state that they provide urgent care services OON and without PA requirements*.*] |
| **Usted necesita cuidados hospitalarios** | Estadías en el hospital | [$–] |  |
| Cuidados del médico o cirujano | [$–] |  |
| **Usted necesita ayuda para mejorar o tiene necesidades médicas especiales** | Servicios de rehabilitación | [$–] |  |
| Equipos médicos en el hogar | [$–] |  |
| Cuidado de enfermería especializada | [$–] |  |
| Acupuntura | [$–] |  |
| **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 para el tratamiento del trastorno 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 | [$–] |  |
| **Usted necesita ayuda para vivir en su hogar (este servicio continúa en la página siguiente)** | Alimentos llevados a su casa | [$–] | Estos servicios están disponibles solo si Ohio Medicaid determinó su necesidad de recibir cuidado a largo plazo.  Puede tener que pagar un determinado monto por los servicios del centro de enfermería o de exención que están cubiertos a través de su beneficio de Medicaid. El Departamento de trabajo y servicios de familia local determinará si sus ingresos y ciertos gastos requieren que tenga esa responsabilidad. |
| Servicios para el hogar, como limpieza o tareas domésticas | [$–] |
| Cambios a su casa, como rampas y acceso para silla de ruedas | [$–] |
| Asistente de cuidado personal  (Posiblemente pueda contratar su propio asistente. Comuníquese con su administrador de cuidados o el coordinador de servicios de exención para obtener más información). | [$–] |
| Servicios de transición a la comunidad | [$–] |
| Servicios de cuidados de salud en el hogar | [$–] |
| **Usted necesita ayuda para su vida en casa (continuación)** | Servicios para ayudarle a vivir por su cuenta | [$–] |
| Servicios de día para adultos u otros servicios de respaldo | [$–] |
| **Usted necesita un lugar dónde vivir con personas disponibles para ayudarle** | Vida asistida | [$–] | Estos servicios están disponibles solo si Ohio Medicaid determinó su necesidad de recibir cuidado a largo plazo.  Puede tener que pagar un determinado monto por los servicios del centro de enfermería o de exención que están cubiertos a través de su beneficio de Medicaid. El Departamento de trabajo y servicios de familia local determinará si sus ingresos y ciertos gastos requieren que tenga esa responsabilidad. |
| Cuidados en hogares para personas de la tercera edad | [$–] |
| **La persona que le cuida necesita una pausa** | Cuidados de respiro | [$–] | Este servicio está disponible solo si Ohio Medicaid determinó su necesidad de recibir cuidado a largo plazo.  Puede tener que pagar un determinado monto por los servicios del centro de enfermería o de exención que están cubiertos a través de su beneficio de Medicaid. El Departamento de trabajo y servicios de familia local determinará si sus ingresos y ciertos gastos requieren que tenga esa responsabilidad. |
| **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 que <plan name>, Medicare y Medicaid no cubren

Esta 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, 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 <plan name>, Medicare y Medicaid no cubren** | |
| --- | --- |
| Servicios considerados como “no razonables y necesarios” según los estándares de Medicare y Medicaid, a menos que estos servicios estén incluidos en nuestro plan como servicios cubiertos. | Cirugía estética u otros tratamientos estéticos, a menos que sean necesarios debido a una lesión accidental o para mejorar una parte deformada del cuerpo. Sin embargo, el plan cubrirá la reconstrucción de una mama después de una mastectomía y el tratamiento de la otra mama para darle la misma forma. |
| Tratamientos médicos y quirúrgicos, elementos y medicamentos experimentales, a menos que estén cubiertos por Medicare o bajo un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare o por nuestro plan. El tratamiento y los elementos experimentales son los que, en general, no están aceptados por la comunidad médica. | Cuidado quiropráctico, aparte de las radiografías de diagnóstico y la manipulación manual (ajustes) de la columna vertebral para corregir la alineación conforme a los reglamentos de cobertura de Medicare y Medicaid. |
| Tratamiento de cirugía para la obesidad mórbida, excepto cuando sea médicamente necesario y Medicare lo cubra. | Cuidado de los pies habitual, excepto por la cobertura limitada proporcionada de acuerdo con las normas de Medicare y Medicaid. |
| Una habitación privada en un hospital, excepto cuando sea médicamente necesario. |  |

# 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 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, etnia, origen nacional, religión, sexo, identidad de género, 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 a cuidados de emergencia y urgencia cuando los necesite. Esto significa que usted tiene derecho a:
  + obtener servicios de emergencia sin aprobación previa en una emergencia
  + acudir a un proveedor de cuidado de urgencia o emergencia fuera de la red cuando sea necesario
* Usted tiene derecho a la confidencialidad y la privacidad. Esto incluye el derecho a:
  + pedir y obtener una copia de sus expedientes médicos de manera que usted pueda comprenderlos y pedir que se hagan cambios o correcciones a sus expedientes
  + que su información médica personal sea privada
* Usted tiene el derecho a quejarse sobre sus cuidados o servicios cubiertos. Esto incluye el derecho a:
  + presentar una queja o reclamo contra nosotros o nuestros proveedores
  + pedir una audiencia imparcial del estado
  + obtener una explicación detallada de por qué se negaron los servicios

Para obtener más información sobre sus derechos, puede leer el *Manual del miembro* de <plan name>. Si tiene preguntas, también puede llamar a Servicios al miembro de <plan name>.

# Cómo presentar una queja o apelar un servicio que negamos

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

Si tiene preguntas sobre las 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.*]

# 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.
* O llame a la Oficina del Fiscal General de Ohio al 1-800-282-0515.