<Plan name> *Manual del miembro*

* [Before use and under the appropriate, State-specific material code(s), the plan must upload in HPMS *only (1) a standalone ANOC and (2) a standalone EOC (Member Handbook)*. Plans should work with its marketing reviewers to withdraw any duplicate material submitted in error. Plans must enter Actual Mail Dates (AMDs) ANOCs in accordance with CMS requirements as detailed in the “Update AMD/Beneficiary Link/Function” section of the Marketing Review User’s Guide in HPMS. Note that the plan must enter AMD information for ANOC mailings only for mailings to current members. Plans 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.]
* [Plans 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. Plans 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 plans add a front cover, it must contain the Material ID.]
* [Plans must revise references of “Medicaid” to use the state-specific name for the program (Medi-Cal) throughout the handbook.]
* [Plans should change “MMP” to Cal MediConnect Plan. Plans must use the “(Medicare-Medicaid Plan)” standardized plan type label following the plan name at least once on the front page or beginning of each marketing piece.]
* [Plans must include “Cal MediConnect Plan” in the plan marketing name.]
* [Where the template uses “medical care,” “medical services,” or “health care services,” to explain services provided, plans may revise and/or add references to long-term services and supports and/or home and community-based services. Cal MediConnect is about the coordination of medical, social and behavioral services.]
* [Plans may change references to “member,” “customer,” or “beneficiary” to whatever term they prefer.]
* [If plans do not use the term “medical group,” plans should replace it 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 refer members to other parts of the handbook using the appropriate chapter number, section, and/or page number. For example, "ver Capítulo 9, Sección A, página 1". An instruction [plans may insert reference, as applicable] is listed next to each cross reference throughout the handbook.]
* [*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 se 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.*]

**<start date> – <end date>**

**Su cobertura de salud y medicamentos con el plan <plan name>**

[Plans: Revise this language to reflect that the organization is providing both Medi-Cal and Medicare covered benefits, when applicable.]

[Optional: Insert member name.]

[Optional: Insert member address.]

Introducción al *Manual del miembro*

Este manual habla de la cobertura de su seguro médico con <plan name> hasta <end date>. También explica los servicios de cuidado de salud, la cobertura de salud del comportamiento (salud mental y trastornos por el uso de sustancias), los medicamentos de receta y los servicios y respaldos a largo plazo. Los servicios y respaldos a largo plazo le ayudarán a permanecer en su casa en lugar de ir a un hogar para personas de la tercera edad o a un hospital. Términos clave y sus definiciones se encuentran en orden alfabético en el último capítulo del *Manual del miembro*.

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

Este Plan Cal MediConnect es ofrecido por [insert sponsor name]. Cuando este *Manual del miembro* dice “nosotros,” “a nosotros” o “nuestro” significa [insert sponsor name]. Cuando dice “el plan” o “nuestro plan,” significa <plan name>.

ATENCIÓN: Si habla [*insert language of the disclaimer*], tiene disponible los servicios de asistencia de idioma gratis. Llame al [*insert Member Services 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 letras grandes, braille y/o audio. Llame al [insert Member Services toll-free phone and TTY numbers, and hours days and 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*.]

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

Renuncias de garantías

* [*Plans must include all applicable disclaimers as required in the State-specific Marketing Guidance.*]
* [Consistent with the formatting in this section, plans 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 llamada “cobertura esencial mínima”. Cumple con el requisito de responsabilidad individual compartida de la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible (ACA, por sus siglas en inglés). Visite el sitio web del Servicios de Rentas Internas (IRS, por sus siglas en inglés) 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 compartida individual.

Capítulo 1: Cómo comenzar como miembro

Introducción

Este capítulo incluye información sobre <plan name>, un plan médico que cubre todos sus servicios de Medicare y Medi-Cal, y su membresía. También le dice lo que debe esperar y qué otra información recibirá 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. Bienvenido a <plan name> 7](#_Toc50105270)

[B. Información sobre Medicare y Medi-Cal 7](#_Toc50105271)

[B1. Medicare 7](#_Toc50105272)

[B2. Medi-Cal 7](#_Toc50105273)

[C. Las ventajas de este plan 8](#_Toc50105274)

[D. El área de servicio de <plan name> 9](#_Toc50105275)

[E. Qué lo hace elegible para ser miembro del plan 9](#_Toc50105276)

[F. Qué esperar al inscribirse por primera vez en un plan de salud 10](#_Toc50105277)

[G. Su equipo para el cuidado de salud y un plan de cuidado 11](#_Toc50105278)

[G1. Equipo para el cuidado de salud 11](#_Toc50105279)

[G2. Plan de cuidado 11](#_Toc50105280)

[H. La cuota mensual de <plan name> 11](#_Toc50105281)

[I. El *Manual del miembro* 12](#_Toc50105282)

[J. Otra información que le enviaremos 12](#_Toc50105283)

[J1. Su tarjeta de identificación de miembro de <plan name> 12](#_Toc50105284)

[J2. *Directorio de proveedores y farmacias* 13](#_Toc50105285)

[J3. *Lista de medicamentos cubiertos* 14](#_Toc50105286)

[J4. *Explicación de beneficios* 14](#_Toc50105287)

[K. Cómo mantener actualizado su expediente de miembro 15](#_Toc50105288)

[K1. La privacidad de su información médica personal (PHI, por sus siglas en inglés) 15](#_Toc50105289)

# A. Bienvenido a <plan name>

<Plan name> es un Plan Cal MediConnect. Un Plan Cal MediConnectes una organización compuesta por médicos, hospitales, farmacias, proveedores de servicios y respaldos a largo plazo, proveedores de salud del comportamiento y otros proveedores. Además, incluye coordinadores de cuidado de salud y equipos para el cuidado de salud que le ayudarán a coordinar sus proveedores y servicios. Todos trabajan en conjunto para darle el cuidado que usted necesita.

<Plan name> fue aprobado por el Estado de California y por CMS (Centro de Servicios de Medicare y Medicaid) para ofrecerle servicios como parte de Cal MediConnect.

Cal MediConnect es un programa piloto administrado por el estado de California y el gobierno federal para ofrecer mejor cuidado de salud a quienes tienen Medicare and Medi-Cal. Con este programa piloto, el estado y el gobierno federal tratarán maneras de mejorar la forma en que usted recibe cuidado de salud de Medicare and Medi-Cal.

[Plan can include language about itself.]

# B. Información sobre Medicare y Medi-Cal

## B1. Medicare

Medicare es el programa federal de seguro 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 etapa terminal (insuficiencia renal).

## B2. Medi-Cal

Medi-Cal es el nombre del programa de Medicaid en California. Medi-Cal es administrado por el estado y es pagado por el estado y por el gobierno federal. Medi-Cal ayuda a personas con ingresos y recursos limitados a pagar por Servicios y respaldos a largo plazo (LTSS) y gastos médicos. También cubre servicios adicionales y medicamentos que Medicare no cubre.

Cada estado decide:

* qué cuenta como ingresos y recursos,
* quién califica,
* cuáles servicios están cubiertos, **y**
* los costos de los servicios.

Los estados pueden decidir cómo manejar sus programas, mientras sigan las normas federales.

[Plans may add language indicating that Medi-Cal approves their plan each year, if applicable.] Medicare y el estado de California aprobaron <plan name>. Usted puede obtener servicios de Medicare y Medi-Cal por medio de nuestro plan, siempre y cuando:

* Nosotros decidamos ofrecer el plan, **y**
* Medicare y el Estado de California nos permitan continuar ofreciendo este plan.

Incluso si nuestro plan se cancela, su elegibilidad para recibir servicios de Medicare y Medi-Cal no cambiará.

# C. Las ventajas de este plan

Usted recibirá todos los servicios cubiertos por Medicare y Medi-Cal a través de <plan name>. Esto incluye medicamentos de receta. **Usted no tendrá que hacer ningún pago adicional para inscribirse en este plan de salud.**

<Plan name> ayudará a que sus beneficios de Medicare y Medi-Cal funcionen mejor juntos y que funcionen mejor para usted. Las ventajas incluyen:

* Usted podrá trabajar con **un** plan de salud para **todas** sus necesidades de seguro de salud.
* Usted tendrá un equipo para el cuidado de salud de salud creado con su ayuda. Su equipo para el cuidado de salud de salud podría incluir a proveedores de cuidados, doctores, enfermeras, consejeros u otros profesionales de la salud y a usted mismo.
* Usted tendrá acceso a un coordinador de cuidado de salud. Esta persona trabajará con usted, con <plan name> y con su equipo para el cuidado de salud para preparar un plan de cuidado.
* Usted podrá controlar el cuidado de su salud con ayuda de su equipo para el cuidado de salud y del coordinador de cuidado de salud.
* El equipo para el cuidado de salud y el coordinador de cuidado de salud trabajarán con usted para preparar un plan de cuidado, diseñado para atender sus necesidades de salud. El equipo para el cuidado de salud ayudará a coordinar los servicios que usted necesita. Por ejemplo:
  + Su equipo para el cuidado de salud se asegurará de informar a sus médicos sobre todos los medicamentos que usted toma para poder estar seguros de que usted está tomando los medicamentos correctos y para reducir los posibles efectos secundarios que podrían tener para usted esos medicamentos.
  + Su equipo para el cuidado de salud se asegurará de que los resultados de sus exámenes sean enviados a todos sus médicos y otros proveedores, según se requiera.

# D. El área de servicio de <plan name>

[Insert plan service area here or within an appendix. Include a map if one is available.

Use county name only if approved for entire county, for example: Nuestra área de servicio incluye estos condados en <State>: <counties>.

For an approved partial county, use county name plus approved ZIP code(s) that are excluded from Cal MediConnect, for example: Nuestra área de servicio incluye todo <county> con la excepción de los siguientes códigos postales: <ZIP code(s)>.

If needed, plans may insert a table with more than one row or a short, bulleted list to describe and illustrate their service area in a way that is easy to understand.]

<Plan name> es sólo para personas que viven en nuestra área de servicio.

**Si usted se muda fuera de nuestra área de servicio**, no podrá continuar en este plan. Lea el Capítulo 8 [*plans may* *insert reference, as applicable*] para más información sobre las consecuencias de mudarse fuera de nuestra área de servicio. Usted deberá comunicarse con su trabajador(a) de elegibilidad en su condado:

[Insert contact information for the local Medi-Cal office.]

# E. Qué lo hace elegible para ser miembro del plan

Usted es elegible para ser miembro de nuestro plan, si usted:

* Vive en nuestra área de servicio, **y**
* Tiene 21 años o más al inscribirse, **y**
* Tiene la Parte A y la Parte B de Medicare, **y**
* Actualmente es elegible para recibir Medi-Cal y [*insert language as appropriate under terms of state contract*], **y**
* Es ciudadano de Estados Unidos o esté presente legalmente en los Estados Unidos.

En el condado en que usted vive podría haber reglas de elegibilidad adicionales. Para obtener más información comuníquese con Servicios al miembro.

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

Al inscribirse por primera vez en el plan, usted recibirá una evaluación de riesgos de salud (HRA) dentro de los primeros [plans should define when the HRA must be completed per the three-way contract (e.g., within 90 days)].

Nosotros estamos obligados a completar una evaluación de riesgos de salud para usted. Esta evaluación de riesgos de salud es la base para desarrollar su Plan de cuidados individualizado (ICP). La evaluación de riesgos de salud incluirá preguntas para identificar sus servicios médicos, LTSS y sus necesidades de salud del comportamiento y funcionales.

Nosotros nos comunicaremos con usted para completar esta evaluación de riesgos de salud. La evaluación de riesgos de salud puede ser hecha en una visita, en persona, por teléfono o por correo.

Nosotros le enviaremos más información con relación a esta evaluación de riesgos de salud.

**Si <plan name> es nuevo para usted**, usted puede seguir viendo a sus doctores por cierto tiempo. Si usted cumple con los siguientes requisitos, usted podrá seguir viendo a sus proveedores actuales y mantener sus autorizaciones para recibir servicios desde el momento en que se inscriba, por hasta 12 meses:

* Usted, su representante o su proveedor nos piden a nosotros directamente continuar viendo a su proveedor actual.
* Podemos establecer que usted tenía una relación existente con un proveedor de cuidado primario o con un especialista, con algunas excepciones. Cuando decimos una relación existente, significa que usted vio a un proveedor fuera de la red por lo menos una vez, para casos que no hayan sido de emergencia, durante 12 meses antes de la fecha de su inscripción inicial en <plan name>.
  + Nosotros determinaremos si hay una relación existente al revisar su información de salud disponible o que la información que usted nos dé.
  + Nosotros tenemos 30 días para responder a su solicitud. Usted también puede pedirnos que tomemos una decisión más rápida y tendremos que responderle en 15 días.
  + Usted o su proveedor deben mostrarnos documentación de la relación existente y estar de acuerdo con ciertos términos cuando haga su solicitud.

**Nota:** Esta solicitud **no** podrá ser hecha para proveedores de equipo médico duradero (DME), transporte u otros servicios complementarios o servicios que no están cubiertos por Cal MediConnect.

Después de que termine el período de continuidad de su cuidado de salud, usted deberá ver doctores y otros proveedores de la red de <plan name> [insert if applicable: afiliados con el grupo médico de su proveedor de cuidado primario], a menos que lleguemos a un acuerdo con su doctor fuera de la red. Un proveedor de la red es un proveedor que trabaja con su plan de salud.[Plans that assign members to medical groups/IPAs must include an explanation of the term(s) here.] Lea el Capítulo 3 [plans may insert reference, as applicable] para obtener más información sobre cómo obtener cuidado de salud.

# G. Su equipo para el cuidado de salud y un plan de cuidado

## G1. Equipo para el cuidado de salud

¿Necesita ayuda para obtener el cuidado que necesita? Un equipo para el cuidado de salud puede ayudarle. Un equipo para el cuidado de salud puede incluir a su médico, un coordinador de cuidado de salud u otro proveedor de servicios de salud que usted elija.

Usted tendrá un coordinador de cuidado de salud cuando se inscriba en <plan name>. Esta persona también le dará referidos para los recursos comunitarios, si <plan name> no proporciona los servicios que usted necesite.

Usted puede llamarnos al <phone number> para pedir un equipo para el cuidado de salud.

## G2. Plan de cuidado

Su equipo para el cuidado de salud trabajará con usted para crear un plan de cuidado. Un plan de cuidado le dice a usted y sus médicos qué servicios necesita y cómo obtenerlos. Éste incluye sus necesidades de servicios médicos, de salud del comportamiento y de LTSS. Su plan de cuidado será creado únicamente para usted y sus necesidades.

Su plan de cuidado incluirá:

* Sus metas de cuidado de salud
* Una programación para establecer cuándo usted debería recibir los servicios que necesite.

Después de recibir la evaluación de riesgos de su salud, su equipo para el cuidado de salud se reunirá. Ellos hablarán con usted sobre los servicios de salud que usted necesita. También podrán hablarle sobre los servicios que le convendría pensar en recibir. Su plan de cuidado se basará en sus necesidades. Su equipo para el cuidado de salud trabajará con usted para actualizar su plan de cuidado por lo menos una vez al año.

# H. La cuota mensual de <plan name>

<Plan name> no tiene una cuota mensual.

# I. El *Manual del miembro*

Este *Manual del miembro* forma parte de nuestro contrato con usted. Esto significa que debemos seguir todas las reglas incluidas 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 apelar, lea el Capítulo 9 [plans may insert reference, as applicable] o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

Usted puede solicitar un *Manual del miembro* llamando a Servicios al miembro al <phone number>. También puede ver el *Manual del miembro* en <web address> o descargarlo de ese sitio web. [*Plans may modify language if the Member Handbook will be sent annually.*]

El contrato estará vigente durante los meses en que usted esté inscrito en <plan name> entre <start date> y <end date>.

# J. 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* [plans that limit 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 sólo tendrá una tarjeta para sus servicios de Medicare y Medi-Cal incluyendo servicios y respaldos a largo plazo, ciertos servicios de salud del comportamiento y medicamentos de receta. Usted debe mostrar esta tarjeta cuando reciba servicios o medicamentos. La siguiente tarjeta es una muestra de cómo se verá 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 de Cal MediConnect se daña, se pierde o se la roban, llame inmediatamente a Servicios al miembro y le enviaremos una tarjeta nueva. Usted puede llamar a Servicios al miembro al <phone number>.

Mientras sea miembro de nuestro plan, usted no tendrá que usar su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare ni su tarjeta de Medi-Cal para recibir los servicios de Cal MediConnect. Guarde esas tarjetas en un lugar seguro, en caso que las necesite más adelante. Si muestra su tarjeta de Medicare en lugar de su tarjeta de identificación de miembro de <plan name>, el proveedor podrá facturarle a Medicare en lugar de a su plan, y usted podría recibir una factura. Lea el Capítulo 7 [plans may insert reference, as applicable] para saber qué hacer si recibe una factura de un proveedor

Por favor recuerde que para los servicios especializados de salud mental, que usted pueda recibir del plan de salud mental del condado, usted necesitará su tarjeta de Medi-Cal para poder tener acceso a esos servicios.

## 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 servicios cubiertos. Existen algunas excepciones cuando usted se inscribe por primera vez en nuestro plan (lea la página <page number>).

Usted puede pedir un *Directorio de proveedores y farmacias* llamando a Servicios al miembro al <phone numbers>. Usted también puede leer el *Directorio de proveedores y farmacias* en <web address> o descargarlo de este sitio web. [Plans may modify language if the Provider and Pharmacy Directory will be sent annually.]

[Plans must add information describing the information available in the directory.]

### Definición de proveedores de la red

* Los proveedores de la red de <plan name> incluyen:
  + Médicos, enfermeras y otros profesionales del cuidado de salud, a los que usted podrá visitar siendo miembro de nuestro plan.
  + Clínicas, hospitales, centros de enfermería, centros de enfermería especializada y otros sitios que proporcionan servicios de salud en nuestro plan.
  + LTSS, servicios de salud del comportamiento, las agencias de cuidado de salud en el hogar, proveedores de equipo médico duradero y otros proveedores de bienes y servicios que usted recibe a través de Medicare o Medi-Cal.

Los proveedores de la red acordaron aceptar pagos de nuestro plan por los servicios cubiertos como pago total.

### Definición de farmacias de la red

* Las farmacias de la red son farmacias que han acordado surtir recetas para los miembros de nuestro plan. Use el *Directorio de proveedores y farmacias* para encontrar la farmacia de la red que usted 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 <phone number> para obtener más información. Tanto en los Servicios al miembro, como en el sitio web de <plan name>, usted encontrará la información más actualizada sobre los cambios en nuestra red de proveedores.

[Plans that limit 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)

Con este Manual del miembro, le enviamos la Lista de equipo médico duradero de <plan name>. Esta lista le indica las marcas y fabricantes de equipo médico duradero que cubrimos. La lista más reciente de marcas, fabricantes y proveedores también está disponible en nuestro sitio web en <website address>. Para más información sobre equipo de DME (por sus siglas en inglés), lea el Capítulo 4 [*plans may insert reference, as applicable*].]

## J3. *Lista de medicamentos cubiertos*

El plan tiene una *Lista de medicamentos cubiertos.* Para abreviar, la llamamos “Lista de medicamentos” y le dice cuáles medicamentos de receta están cubiertos por <plan name>.

La Lista de medicamentos dice también si algún medicamento tiene reglas o restricciones, por ejemplo, un límite a la cantidad que podrá obtener. En el Capítulo 5 [plans 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 algunos cambios podrían ocurrir durante el año. Para obtener la información más actualizada sobre cuáles medicamentos están cubiertos, visite <web address> o llame al <phone number>.

## J4. *Explicación de beneficios*

Cuando use sus beneficios de la Parte D, para pagar por medicamentos de receta, le enviaremos un resumen para ayudarle a entender y a mantener un registro de los pagos hechos por sus medicamentos de receta de la Parte D. Este resumen se llama *Explicación de beneficios*.

En la EOB se indica la cantidad total que usted u otras personas en su nombre han gastado por 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 información adicional sobre los medicamentos que usted toma [*insert, as applicable:* por ejemplo, incrementos en los precios u otros medicamentos con un menor costo compartido que pueda haber disponibles. Puede hablar con su proveedor acerca de estas opciones de menor costo]. El Capítulo 6 [plan may insert reference, as applicable] ofrece más información sobre la EOB y cómo le ayudarán a llevar un registro de la cobertura de sus medicamentos.

Una EOB también está disponible cuando la pida. Para obtener una copia, comuníquese con Servicios al miembro al <phone number>.

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

# K. Cómo mantener actualizado su expediente de miembro

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

Usted puede mantener actualizado su expediente avisándonos cuando cambie su información.

Los proveedores y farmacias de la red del plan necesitan tener su información correcta. **Ellos utilizarán su expediente médico para saber qué servicios y medicamentos recibe y cuánto cuestan**. Por eso, es muy importante que nos ayude a mantener su información actualizada.

Infórmenos sobre lo siguiente:

* Cambios a su nombre, su dirección o su número de teléfono.
* Cambios en cobertura en cualquier otro tipo de seguro de salud que usted tenga, por ejemplo de su empleador, del empleador de su esposo o esposa o de compensación laboral.
* Algún reclamo por responsabilidad, como una demanda por un accidente automovilístico.
* Ingreso en un hogar para personas de la tercera edad o en un hospital.
* Cuidados en un hospital o en una sala de emergencias.
* Cambios en quien la persona encargada de su cuidado (o la persona responsable por usted) es
* Usted es parte de o se involucra en una investigación clínica.

Si algún dato cambia, por favor infórmenos llamando a Servicios al miembro al <phone number>.

[Plans that allow members to update this information online may describe that option here.]

## K1. La privacidad de su información médica personal (PHI, por sus siglas en inglés)

La información en su registro de membresía puede contener información médica personal (PHI, por sus siglas en inglés). Las leyes estatales y federales nos exigen mantener en forma confidencial su PHI. Nosotros nos aseguramos de que su información PHI esté protegida. Para obtener más detalles sobre la manera en que protegemos su PHI, lea el Capítulo 8 [plans may insert reference, as applicable].