Instructions to Health Plans

* [Plans may add a cover page to the Summary of Benefits. Plans may include the Material ID only on the cover page.]
* [*Plans should replace the reference to “Member Services” with the term the plan uses.*]
* [*Plans should note that any reference to a “Member Handbook” is also a reference to the Evidence of Coverage document.*]
* [*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.*]
* [*Except in disclaimers, plans should reference Member Services’ contact information at the bottom of the page instead of repeating phone numbers and days and hours of operation throughout materials.*]
* [*For the “Limitations, exceptions, & benefit information” column, plans should provide specific information about need for referrals, need for prior authorization, utilization management restrictions for drugs, maximum out of pocket costs on services, permissible OON services, and applicable cost sharing (if different than in-plan cost sharing).*]
* [*For the “You need help living at home” category of services, indicate if services are only available to members in a waiver program, in which case plans should indicate that State eligibility requirements may apply.*]
* [*Plans may place a QR code on materials to provide an option for members to go online.*]
* [Wherever possible, plans are encouraged to adopt good formatting practices that make information easier for English-speaking and non-English speaking enrollees to read and understand. 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 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](#_Toc47095531)

[B. Preguntas frecuentes 5](#_Toc47095532)

[C. Resumen de servicios 11](#_Toc47095533)

[D. Beneficios cubiertos fuera de <plan name> 31](#_Toc47095534)

[E. Servicios que <plan name>, Medicare y Healthy Connections Medicaid no cubren 32](#_Toc47095535)

[F. Sus derechos como miembro del plan 33](#_Toc47095536)

[G. Cómo presentar una queja o apelar un servicio denegado 35](#_Toc47095537)

[H. Qué hacer si sospecha algún fraude 36](#_Toc47095538)

# A. Renuncias de garantías

Este 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 Healthy Connections Medicaid en un plan de salud. Un [coordinador de cuidado de salud ***or*** administrador de cuidados *(plan’s preference)*] de <plan name> ayudará a administrar sus necesidades de cuidado de la 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 lea el *Manual del miembro*.
* ATENCIÓN: Si habla [*insert language of the disclaimer*], podrá obtener servicios de asistencia gratuitos con el idioma. Llame al [*insert Member Services toll-free phone and TTY/TDD numbers, days and hours of operation*]. La llamada es gratuita. [*This disclaimer must be included in Spanish and all non-English languages that meet the Medicare and/or state thresholds for translation.*]
* Usted puede obtener esta información gratis en otros formatos, como letras grandes, braille o audio. Llame al [*insert Member Services toll-free phone and TTY/TDD 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.*]

# B. Preguntas frecuentes

En la siguiente tabla aparecen las preguntas frecuentes. [*Plans should add text in bold 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 in bold 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 Medicare-Medicaid?** | Un Plan Medicare-Medicaid es un plan de salud que contrata con Medicare y Healthy Connections Medicaid para proveer beneficios de ambos programas para los inscritos. Es para personas con Medicare y Healthy Connections Medicaid. Un Plan Medicare-Medicaid es una organización compuesta por médicos, hospitales, farmacias, proveedores de servicios a largo plazo y otros proveedores. También tiene [coordinador de cuidado de salud ***or*** administrador de cuidados *(plan’s preference)*] quienes le ayudan a administrar todos sus proveedores y servicios. Trabajan juntos para darle la atención que usted necesite. |
| **¿Qué es un** [**coordinador de cuidado de salud *or* administrador de cuidados** *(plan’s preference)*] **de <plan name>?** | Un [coordinador de cuidado de salud ***or*** administrador de cuidados *(plan’s preference)*] de <plan name> es la persona principal con quien usted se contacta. Esta persona ayuda a administrar todos sus proveedores y servicios y se asegura que obtenga lo que necesite. |
| **¿Qué son los servicios y respaldos a largo plazo?** | Los servicios y respaldos a largo plazo (LTSS) son una variedad de servicios y respaldos que ayudan a que las personas cubran sus necesidades diarias de asistencia y a mejorar la calidad de sus vidas. Los LTSS son la ayuda para las personas que necesitan asistencia para las actividades diarias, como bañarse, vestirse y preparar la comida. La mayoría de esos servicios se proporcionan en su hogar o en su comunidad pero podrían ser proporcionados en un hogar para personas de la tercera edad u hospital. |
| **¿Recibirá con <plan name> los mismos beneficios de Medicare y Medicaid que recibe ahora?** | Usted obtendrá sus beneficios cubiertos por Medicare y Healthy Connections Medicaid directamente de <plan name>. Usted trabajará con un equipo de proveedores que ayudará a determinar qué servicios son más adecuados para sus necesidades. Esto significa que algunos de los servicios que recibe ahora pueden cambiar. Usted obtendrá la mayor parte de sus beneficios cubiertos de Medicare y Healthy Connections Medicaid directamente de <plan name>, pero obtendrá algunos beneficios de la misma manera que ahora, fuera del plan. Este plan también ofrece servicios que, en general, no están cubiertos por Medicare o Healthy ConnectionsMedicaid.  Cuando se inscriba en <plan name>, usted y su equipo para el cuidado de salud trabajarán juntos para elaborar un Plan de cuidado individualizado (ICP), adecuado para su salud y necesidades de respaldo. Durante este tiempo, puede seguir recibiendo servicios de los proveedores que consulta ahora por 180 días. También puede continuar recibiendo los mismos servicios y cualquier otro que haya sido autorizado antes de su inscripción en <plan name>.  Cuando se une a nuestro plan, si está tomando algún medicamento de receta de la Parte D de Medicare que el <plan name> normalmente no cubre, puede obtener un suministro temporario. Le ayudaremos a obtener otro medicamento u obtendremos una excepción para que <plan name> le cubra su medicamento si es médicamente necesario. |
| **¿Puede consultar los mismos médicos que consulta ahora?** | A menudo sí. Si sus proveedores (incluidos médicos, terapeutas y farmacias) trabajan con <plan name> y tienen contrato con nosotros, puede seguir viéndolos.   * Los proveedores que tienen acuerdo con nosotros se consideran “dentro de la red”. **Usted debe usar proveedores dentro de la red de <plan name>.** * Si necesita atención urgente o de emergencia o servicios de diálisis fuera del área, usted puede usar proveedores fuera del plan de <plan name>. [*Plans may insert additional exceptions as appropriate.*]   Para saber si sus médicos están dentro de la red, llame a Servicios al miembro o lea el *Directorio de proveedores y farmacias* de <plan name>.  Si <plan name> es nuevo para usted, puede seguir viendo a los médicos que ha consultado hasta ahora, durante 180 días después de su inscripción inicial, aunque estén fuera de la red. Si necesita seguir viendo a sus proveedores fuera de la red, después de los primeros 180 días en nuestro plan, solo cubriremos esa atención médica si el proveedor celebra un acuerdo de caso individual con nosotros. Si recibe tratamiento en curso de un proveedor fuera de la red y cree que podría necesitar un acuerdo de caso individual para seguir con su tratamiento, comuníquese con[*plans must enter name of department or entity*] al <phone number>. |
| **¿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 un 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 para este plan incluye [*Plans* *should enter* county ***or*** counties; *if plan is statewide, plan can enter* all Counties in] Carolina del Sur. 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 prima) en <plan name>?** | Usted no pagará primas mensuales a <plan name> por su cobertura médica. |
| **¿Qué es una autorización previa?** | Autorización previa significa que usted debe obtener aprobación de <plan name> antes de recibir cobertura para un servicio o medicamento específicos, o para un proveedor fuera de la red. <Plan name> podría no cubrir el servicio o el medicamento si usted no obtiene autorización. Si necesita atención urgente o de emergencia o servicios de diálisis fuera del área, no necesita obtener primero la aprobación.  Consulte el Capítulo 3 [*plans may insert reference, as applicable*] del *Manual del miembro* para más información sobre la autorización previa. Consulte la Tabla de beneficios en la Sección D del Capítulo 4 del *Manual del miembro* para más información sobre cuales servicios requieren autorización previa. |
| **¿Qué es un referido?**  [If a plan does not require referrals for any of its services, the plan may delete this question.] | Un referido significa que su proveedor de cuidado primario (PCP, por sus siglas en inglés) debe autorizarlo antes que usted pueda ver a otro profesional que no sea su PCP o usar otros proveedores de la red del plan. Si usted no obtiene aprobación, <plan name> podría no cubrir los servicios, y es probable que deba pagarlos. No necesita un referido para ver a algunos especialistas, como especialistas en salud femenina.  Lea el Capítulo 3, [*plans may insert reference, as applicable*] del *Manual del miembro* para más información sobre cuando necesitará obtener un referido de su PCP. |
| **¿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 con ingresos y recursos limitados a reducir los costos del programa de medicamentos de receta de la Parte D de Medicare, como 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 recetados en <plan name> ya incluyen el costo de la 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 dudas o necesita ayuda? (continúa en la página siguiente)** | **Si tiene preguntas generales o dudas sobre nuestro plan, servicios, área de servicio, facturación o tarjetas de identificación de miembro, comuníquese con Servicios al miembro de <plan name> al número que figura a pie de página.**  Servicios al miembro también tiene servicios gratuitos de intérprete de idiomas para las personas que no hablan inglés. |
| **¿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 preguntas sobre su salud, llame a la Línea de llamadas para consejos de enfermería**:   |  |  | | --- | --- | | **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 personas con problemas para oír o para hablar. Usted debe tener equipo telefónico especial para llamar.]  Las llamadas a este número [*Insert if applicable:* 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 usted necesita ayuda inmediata de los servicios 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 personas con problemas para oír o para hablar. Usted debe tener equipo telefónico especial para llamar.]  Las llamadas a este número [*Insert if applicable:* 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 médico** | **Servicios que podría necesitar** [*This category includes examples of services that members may need. The health plan should add or delete any services based on the services covered by the State*.] | **Sus costos para proveedores dentro de la red** [*Plans should insert cost sharing where applicable.*] | **Limitaciones, excepciones y beneficios (reglas de los beneficios)** [*Plans should provide specific information about: need for referrals, need for prior authorization, utilization management restrictions for drugs, maximum out of pocket costs on services, and permissible OON services and applicable cost sharing (if different than in-network cost sharing).*] |
| --- | --- | --- | --- |
| **Usted quiere consultar un médico** | Consultas para atender una lesión o enfermedad | $0 |  |
| Consultas de rutina, como un examen médico | $0 |  |
| Cuidado de especialista | $0 |  |
| Cuidado para evitar que se enferme, como vacunas contra la gripe | $0 |  |
| Consulta preventiva “Bienvenido a Medicare” (una sola vez) | $0 |  |
| **Usted necesita análisis médicos** | Pruebas de laboratorio, como análisis de sangre | $0 |  |
| Radiografías u otras imágenes, como tomografías computarizadas | $0 |  |
| Exámenes exploratorios, como pruebas para detectar el cáncer | $0 |  |
| **Usted necesita medicamentos para tratar 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*] por un suministro de [*must be at least 30-day*].  [Plans may delete the following statement if they charge $0 for all generic drugs.] Los copagos de medicamentos de receta podrían variar de acuerdo con el nivel de Ayuda adicional que usted reciba. Comuníquese con el plan para conocer más detalles. | Posiblemente haya limitaciones en cuanto a los tipos de medicamentos cubiertos. Para más información, lea 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.*] |
| **Usted necesita medicamentos para tratar 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*] por un suministro de [*must be at least 30-day*].  [Plans may delete the following statement if they charge $0 for all brand name drugs.] Los copagos de medicamentos de receta podrían variar de acuerdo con el nivel de Ayuda adicional que usted reciba. Comuníquese con el plan para conocer más detalles. | Posiblemente haya limitaciones en cuanto a los tipos de medicamentos cubiertos. Para más información, lea 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*.] |
| **Usted necesita medicamentos para tratar su enfermedad o padecimiento (continuación)** | Medicamentos de venta sin receta médica | [*Plans should insert a single amount, multiple amounts, or a minimum /maximum range*.] | Posiblemente haya limitaciones en cuanto a los tipos de medicamentos cubiertos. Para más información, lea la *Lista de medicamentos cubiertos* (Lista de medicamentos) de <plan name>. |
| Medicamentos de receta de la Parte B de Medicare | $0 | 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 más información, lea el *Manual del miembro* sobre estos medicamentos. |
| **Usted necesita tratamiento después de una embolia o accidente** | Terapia física, ocupacional o del habla | $0 |  |
| Servicios quiroprácticos (solo para manipulación manual para determinadas afecciones aprobadas) | $0 |  |
| **Usted necesita cuidado de emergencia** | Servicios de sala de emergencias | $0 | [*Plans must state that emergency room services must be provided OON and without prior authorization requirements*.] |
| Servicios de ambulancia | $0 |  |
| Atención de urgencia | $0 | [*Plans must state that urgent care services must be provided OON and without prior authorization requirements*.] |
| **Usted necesita atención hospitalaria** | Estadías en el hospital | $0 |  |
| Atención del médico o cirujano | $0 |  |
| **Usted necesita ayuda para mejorar o tiene necesidades médicas especiales (Este servicio continúa en la página siguiente)** | Servicios de rehabilitación | $0 |  |
| Equipo médico para atención en el hogar | $0 |  |
| **Usted necesita ayuda para mejorar o tiene necesidades médicas especiales (continuación)** | Cuidado de enfermería especializada | $0 | Las estadías cubiertas por Medicare (por ejemplo, rehabilitación) requieren autorización previa, mientras que las estadías cubiertas por Healthy Connections Medicaid (por ejemplo, estadías a largo plazo en un centro de enfermería especializada (SNF)) solo requieren un referido. |
| **Usted necesita cuidado de ojos** | Tratamiento para lesiones o enfermedades oculares | $0 |  |
| Reemplazo inicial de lentes debido a cirugía de cataratas | $0 |  |
| **Usted necesita atención dental** | Procedimientos médicos de emergencia a cargo de cirujanos dentales | $0 |  |
| Procedimientos odontológicos relacionados con trasplantes de órganos, cáncer, reemplazo de articulaciones, reemplazo de válvula cardíaca y traumatismo | $0 |  |
| **Usted necesita cuidado del pie** | Servicios de podología | $0 |  |
| **Usted necesita servicios del oído o auditivos** | Exámenes del oído | $0 |  |
| **Usted tiene una enfermedad crónica, como diabetes o enfermedad del corazón** | Servicios para ayudarle a controlar su enfermedad | $0 |  |
| Suministros y servicios para la diabetes | $0 |  |
| Servicios de rehabilitación cardíaca y pulmonar | $0 |  |
| **Usted tiene una enfermedad de salud mental (Este servicio continúa en la página siguiente)** | Servicios de salud mental o del comportamiento | $0 |  |
| **Usted tiene una enfermedad de salud mental (continuación)** | Hospitalización parcial | $0 | [Network plans that do not have an in-network community mental health center may add: **Nota:** Cubrimos la hospitalización parcial, pero solo como un servicio hospitalario para pacientes ambulatorios, debido a que no hay centros de salud mental comunitarios en nuestra red.] |
| **Usted tiene un problema de abuso de sustancias** | Servicios para abuso de sustancias | $0 |  |
| **Usted necesita servicios de salud mental a largo plazo** | Servicios de atención a pacientes hospitalizados que necesitan atención de salud mental | $0 |  |
| **Usted necesita equipo médico duradero (DME) (este servicio continúa en la página siguiente)** | Sillas de ruedas | [List Medicare and Healthy Connections Medicaid-related copays, if any, for each DME item listed in this section according to your plan benefit package, not to exceed the allowed maximum of $3.40 – for example, “$0 or $3.40”] | [If copay amounts are different for Medicare and Medicaid-covered DME items, explain to which items any different copay amounts in this category would apply. For example, “El copago es $0 para <name of item> cubierto por Medicare. El copago es <amount, not to exceed $3.40> para <name of item> cubierto solo por Healthy Connections Medicaid.”]  [Additionally, if applicable, plans can add: No están cubiertos los bastones blancos para personas ciegas.]  [*Plans can choose to explain the rental/ownership policy:* **Nota:** Nuestro plan alquilará la mayoría de artículos DME para usted por un máximo de 10 meses. [*Insert as applicable:* En algunos casos, pueden ser 13 meses.] Al final del período de alquiler, nuestro plan transferirá la propiedad del artículo DME a usted, y es considerado como comprado. Lea el Capítulo 3 del *Manual del miembro* para más información.] |
| **Usted necesita equipo médico duradero (DME) (continuación)** | Muletas | [List Medicare and Healthy Connections Medicaid-related copays, if any, for each DME item listed in this section according to your plan benefit package, not to exceed the allowed maximum of $3.40 – for example, “$0 or $3.40”] | [If copay amounts are different for Medicare and Medicaid-covered DME items, explain to which items any different copay amounts in this category would apply. For example, “El copago es $0 para <name of item> cubierto por Medicare. El copago es <amount, not to exceed $3.40> para <name of item> cubierto solo por Healthy Connections Medicaid.”]  [Additionally, if applicable, plans can add: No están cubiertos los bastones blancos para personas ciegas.]  [*Plans can choose to explain the rental/ownership policy:* **Nota:** Nuestro plan alquilará la mayoría de artículos DME para usted por un máximo de 10 meses. [*Insert as applicable:* En algunos casos, pueden ser 13 meses.] Al final del período de alquiler, nuestro plan transferirá la propiedad del artículo DME a usted, y es considerado como comprado. Lea el Capítulo 3 del *Manual del miembro* para más información.] |
| **Usted necesita equipo médico duradero (DME) (continuación)** | Bombas para infusión intravenosa (IV) | [List Medicare and Healthy Connections Medicaid-related copays, if any, for each DME item listed in this section according to your plan benefit package, not to exceed the allowed maximum of $3.40 – for example, “$0 or $3.40”] | [If copay amounts are different for Medicare and Medicaid-covered DME items, explain to which items any different copay amounts in this category would apply. For example, “El copago es $0 para <name of item> cubierto por Medicare. El copago es <amount, not to exceed $3.40> para <name of item> cubierto solo por Healthy Connections Medicaid.”]  [Additionally, if applicable, plans can add: No están cubiertos los bastones blancos para personas ciegas.]  [*Plans can choose to explain the rental/ownership policy:* **Nota:** Nuestro plan alquilará la mayoría de artículos DME para usted por un máximo de 10 meses. [*Insert as applicable:* En algunos casos, pueden ser 13 meses.] Al final del período de alquiler, nuestro plan transferirá la propiedad del artículo DME a usted, y es considerado comprado. Lea el Capítulo 3 del *Manual del miembro* para más información.] |
| **Usted necesita equipo médico duradero (DME) (continuación)** | Equipo y suministros de oxígeno | [List Medicare and Healthy Connections Medicaid-related copays, if any, for each DME item listed in this section according to your plan benefit package, not to exceed the allowed maximum of $3.40 – for example, “$0 or $3.40”] | [If copay amounts are different for Medicare and Medicaid-covered DME items, explain to which items any different copay amounts in this category would apply. For example, “El copago es $0 para <name of item> cubierto por Medicare. El copago es <amount, not to exceed $3.40> para <name of item> cubierto solo por Healthy Connections Medicaid.”]  [Additionally, if applicable, plans can add: No están cubiertos los bastones blancos para personas ciegas.]  [*Plans can choose to explain the rental/ownership policy:* **Nota:** Nuestro plan alquilará la mayoría de artículos DME para usted por un máximo de 10 meses. [*Insert as applicable:* En algunos casos, pueden ser 13 meses.] Al final del período de alquiler, nuestro plan transferirá la propiedad del artículo DME a usted, y es considerado comprado. Lea el Capítulo 3 del *Manual del miembro* para más información.] |
| **Usted necesita equipo médico duradero (DME) (continuación)** | Nebulizadores | [List Medicare and Healthy Connections Medicaid-related copays, if any, for each DME item listed in this section according to your plan benefit package, not to exceed the allowed maximum of $3.40 – for example, “$0 or $3.40”] | [If copay amounts are different for Medicare and Medicaid-covered DME items, explain to which items any different copay amounts in this category would apply. For example, “El copago es $0 para <name of item> cubierto por Medicare. El copago es <amount, not to exceed $3.40> para <name of item> cubierto solo por Healthy Connections Medicaid.”]  [Additionally, if applicable, plans can add: No están cubiertos los bastones blancos para personas ciegas.]  [*Plans can choose to explain the rental/ownership policy:* **Nota:** Nuestro plan alquilará la mayoría de artículos DME para usted por un máximo de 10 meses. [*Insert as applicable:* En algunos casos, pueden ser 13 meses.] Al final del período de alquiler, nuestro plan transferirá la propiedad del artículo DME a usted, y es considerado comprado. Lea el Capítulo 3 del *Manual del miembro* para más información.] |
| **Usted necesita equipo médico duradero (DME) (continuación)** | Andadores | [List Medicare and Healthy Connections Medicaid-related copays, if any, for each DME item listed in this section according to your plan benefit package, not to exceed the allowed maximum of $3.40 – for example, “$0 or $3.40”] | [If copay amounts are different for Medicare and Medicaid-covered DME items, explain to which items any different copay amounts in this category would apply. For example, “El copago es $0 para <name of item> cubierto por Medicare. El copago es <amount, not to exceed $3.40> para <name of item> cubierto solo por Healthy Connections Medicaid.”]  [Additionally, if applicable, plans can add: No están cubiertos los bastones blancos para personas ciegas.]  [*Plans can choose to explain the rental/ownership policy:* **Nota:** Nuestro plan alquilará la mayoría de artículos DME a usted por un máximo de 10 meses. [*Insert as applicable:* En algunos casos, pueden ser 13 meses.] Al final del período de alquiler, nuestro plan transferirá la propiedad del artículo DME a usted, y es considerado comprado. Lea el Capítulo 3 del *Manual del miembro* para más información.] |
| **Usted necesita prótesis** | Dispositivos protésicos | [List Medicare and Healthy Connections Medicaid-related copays, if any, according to your plan benefit package, not to exceed the allowed maximum of $3.40 – for example, “$0 o $3.40”] | [If copay amounts are different for Medicare and Medicaid-covered items, explain for what any different copay amounts in this category would apply. For example, “El copago es $0 para dispositivos protésicos cubiertos por Medicare. El copago es <amount, not to exceed $3.40> para dispositivos protésicos cubiertos solo por Healthy Connections Medicaid.”] |
| **Usted necesita ayuda para su vida en casa (este servicio continúa en la página siguiente)** | Comidas a domicilio | $0 | [*For all LTSS, insert the following if services are only available to members on a waiver:* Este servicio se brinda solo a miembros inscriptos en la excepción de Community Choices, VIH/SIDA o dependiente de ventilación mecánica.] |
| Servicios para el hogar, como limpieza o tareas domésticas | $0 | [*For all LTSS, insert the following if services are only available to members on a waiver:* Estos servicios se brindan solo a miembros inscriptos en la excepción de Community Choices, VIH/SIDA o dependiente de ventilación mecánica.] |
| **Usted necesita ayuda para su vida en casa (continuación)** | Cambios a su casa, como rampas y acceso para silla de ruedas | $0 | [*For all LTSS, insert the following if services are only available to members on a waiver:* Estos servicios se brindan solo a miembros inscriptos en la excepción de Community Choices, VIH/SIDA o dependiente de ventilación mecánica.] |
| Servicios de cuidados personales  (Quizá pueda elegir a su propio asistente. Llame a Servicios al miembro para obtener más información.) | $0 | [*For all LTSS, insert the following if services are only available to members on a waiver:* Este servicio se brinda solo a miembros inscriptos en la excepción de Community Choices, VIH/SIDA o dependiente de ventilación mecánica.] |
| Servicios de cuidado de la salud en el hogar | [$0 or $3.30] | [If plan charges a $3.30 copay, insert: Los servicios de cuidado de la salud en el hogar cubiertos por Medicare tienen un copago de $0. Los servicios de cuidado de la salud en el hogar cubiertos por Healthy Connections Medicaid tienen un copago de $3.30.] |
| **Usted necesita ayuda para su vida en casa (continuación)** | Servicios para ayudarle a vivir por su cuenta | [$0 or $3.30] | [If plan charges a $3.30 copay, insert: Los servicios de cuidado de la salud en el hogar cubiertos por Medicare tienen un copago de $0. Los servicios de cuidado de la salud en el hogar cubiertos por Healthy Connections Medicaid tienen un copago de $3.30.] |
| Servicios de día para adultos u otros servicios de respaldo | $0 |  |
| **Usted necesita un lugar dónde vivir con personas disponibles para ayudarle** | Atención en hogares para personas de la tercera edad | $0 o cantidad según el ingreso | Debe contribuir con el costo de este servicio, cuando sus ingresos son superiores a la cantidad autorizada. Esta contribución, conocida como cantidad pagada por el paciente, solo se requiere para aquellos que viven en un hogar para personas de la tercera edad. No deberá pagar si está en el hogar para una rehabilitación a corto plazo. |
| **Su administrador de cuidados necesita una pausa** | Atención de respiro | $0 | Los cuidados de relevo pueden brindarse en un Centro Comunitario de Cuidados Residenciales (CRCF), en un centro de enfermería o en su hogar. Los miembros están limitados a un total de 28 días de cuidados de relevo por año. Hasta 28 días de cuidados de relevo pueden ser en un CRCF. Hasta 14 días de cuidados de relevo pueden ser en un centro de enfermería. Hasta 14 días de cuidados de relevo pueden ser en su hogar.  El tipo de cuidados para los que califique dependerá de su situación. [*Insert the following if services are only available to members on a waiver:* El cuidado de relevo en un CRCF está disponible solo para miembros inscritos en la excepción de Community Choices. El cuidado de relevo en el hogar está disponible solo para miembros inscriptos en la excepción de dependiente de ventilación mecánica. El cuidado de relevo en un centro de enfermería está disponible para miembros inscriptos en las excepciones de Community Choices o dependiente de ventilación mecánica.] |
| **Usted necesita cuidados para una enfermedad avanzada o una lesión potencialmente mortal** | Cuidados paliativos | $0 |  |
| **Usted necesita servicios de planificación familiar** | Anticoncepción (condones) | $0 | Los suministros de planificación familiar están cubiertos solo con receta. |
| Pruebas de laboratorio y diagnóstico de planificación familiar | $0 |  |
| Tratamiento para infecciones de transmisión sexual (STI) | $0 |  |
| **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.*] | Programas de educación y bienestar | $0 |  |
| Servicios para la enfermedad renal en etapa final | $0 |  |
| Servicios de infusión | $0 |  |
| Servicios de transición al hogar para personas de la tercera edad | $0 |  |
| Servicios preventivos | $0 |  |
| Servicios brindados en Centros de Salud Habilitados Federalmente | $0 |  |
| Administración de casos dirigida | $0 |  |
| Telemedicina | $0 |  |

# D. Beneficios cubiertos fuera de <plan name>

Esta no es una lista completa. Llame a Servicios al miembro para verificar sobre otros servicios que no cubre <plan name>, pero que están disponibles a través de Medicare o Healthy Connections Medicaid.

| **Otros servicios cubiertos por Medicare o Healthy Connections Medicaid**  Comuníquese con su [coordinador de cuidado de salud ***or*** administrador de cuidados *(plan’s preference)*] para obtener más información.  [*Insert services covered outside the plan by Medicare fee-for-service and/or Medicaid fee-for-service, as appropriate. This does not need to be a comprehensive list*. *Plans should include copays for listed services*. *Plans may consult Section G of Chapter 4 of the Member Handbook for examples*.] | **Sus costos**  [*Plans should include copays for listed services.*] |
| --- | --- |
| Algunos servicios de cuidado de hospicio | $0 |
| Servicios dentales   * Diagnóstico (evaluación oral y radiografías) * Atención preventiva (limpieza anual) * Cuidado de restauración (empastes) * Cuidados quirúrgicos (extracciones / extirpaciones) | $3.40  $3.40  $3.40  $3.40 |
| Transporte médico de no emergencia: copago de $0 | $0 |

# E. Servicios que <plan name>, Medicare y Healthy Connections Medicaid no cubren

Ésta no es una lista completa. Llame a Servicios al miembro para verificar sobre otros servicios excluidos.

| **Beneficios que no están cubiertos por <plan name>, Medicare ni Healthy Connections Medicaid**  [*Insert any excluded benefit categories. This does not need to be a comprehensive list. Plans may consult Section H of Chapter 4 of the Member Handbook for examples.*] | |
| --- | --- |
| Servicios quiroprácticos (excepto manipulación manual para determinadas afecciones aprobadas) | Suministros anticonceptivos de venta sin receta médica |
| Algunos procedimientos visuales como LASIK | Calzado ortopédico (excepto el incluido con la férula o para la enfermedad de pie diabético). Dispositivos de apoyo para los pies (excepto para la enfermedad de pie diabético) |
| Cirugía o trabajos cosméticos | Artículos personales en su habitación del hospital o del hogar para personas de la tercera edad |
| Prótesis dentales | Habitación privada en un hospital |
| Procedimientos o servicios de mejora electivos o voluntarios | Cuidado de rutina para pies (excepto para ciertas condiciones aprobadas) |
| Tratamientos médicos y quirúrgicos, artículos y medicamentos experimentales | Servicios no considerados “razonables y necesarios” |
| Cuidados de enfermería de tiempo completo en su hogar | Servicios brindados a veteranos en un centro de VA |
| Exámenes auditivos (excepto para determinadas afecciones aprobadas) | Tratamiento quirúrgico para obesidad mórbida |
| Servicios naturopáticos |  |

# F. Sus derechos como miembro del plan

Como miembro de <plan name>, usted tiene ciertos derechos: Puede ejercer estos derechos sin ser sancionado. También puede ejercer esos derechos sin perder sus servicios de cuidado de salud. Le hablaremos de sus derechos por lo menos una vez al año. Para obtener más información sobre sus derechos, lea el *Manual del miembro*. Sus derechos incluyen, entre otros, los siguientes:

* + **Usted tiene derecho a ser tratado con respeto, imparcialidad y dignidad.** Esto incluye el derecho a:
  + Recibir servicios cubiertos sin importar su raza, etnia, origen nacional, religión, sexo, edad, estado de salud, discapacidad mental o física, orientación sexual, información genética, capacidad para pagar o capacidad para hablar inglés
  + Recibir información en otros formatos (por ejemplo, letras grandes, Braille, audio)
  + Estar libre de cualquier tipo de restricción física o reclusión usado como un medio de coacción, disciplina, conveniencia, una medida de seguridad percibida o retaliación
  + Que no le cobren los proveedores de la red
  + **Usted tiene derecho a recibir información sobre su cuidado de la salud.** Esto incluye información sobre el tratamiento y sus opciones de tratamiento. Esta información debe estar en un formato que usted comprenda. 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 su cuidado, incluso a rechazar el tratamiento.** Esto incluye el derecho a:
  + Elegir a su proveedor de cuidado primario (PCP) y a cambiar su PCP en cualquier momento
  + Ver a un proveedor del cuidado de la salud para mujeres sin referido
  + Recibir rápidamente sus servicios y medicamentos cubiertos
  + Saber todo sobre las opciones de tratamiento, sin importar el costo o si están cubiertas
  + Rechazar el tratamiento, aunque su médico aconseje lo contrario
  + Dejar de tomar medicamentos
  + Solicitar una segunda opinión. <Plan name> pagará el costo de la consulta para la segunda opinión
  + **Usted tiene derecho al acceso oportuno al cuidado de salud sin obstáculos de comunicación o de acceso físico.** Esto incluye el derecho a:
  + Recibir atención médica oportuna
  + Entrar y salir del consultorio de un proveedor de servicios médicos. 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 la necesite.** Esto significa que usted tiene derecho a:
  + Recibir servicios de emergencia sin aprobación previa en caso de emergencia
  + Ver 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
  + Tener privacidad en su información médica personal
  + **Usted tiene el derecho a quejarse sobre su atención o servicios cubiertos.** Esto incluye el derecho a:
  + Presentar una queja o un reclamo contra nosotros o nuestros proveedores
  + Pedir una audiencia imparcial del estado
  + Obtener una explicación detallada del por qué se negaron los servicios

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

# G. Cómo presentar una queja o apelar un servicio denegado

Si tiene alguna queja o piensa que <plan name> debería cubrir algo que negamos, llame a <plan name> al <toll-free number>. Es posible que usted pueda apelar nuestra decisión.

Si tiene dudas 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*.] Existe un ombudsman especial para este programa llamado Defensor de Healthy Connections Prime. El Defensor de Healthy Connections Prime no trabaja para nosotros ni para Healthy Connections Medicaid. Ellos pueden ayudarlo a comprender sus derechos y el proceso de apelación, y también con su apelación. Puede comunicarse con el Defensor de Healthy Connections Prime llamando al 1-844-477-4632. Los usuarios de TTY pueden llamar al 711.

# H. Qué hacer si sospecha algún fraude

La mayoría de los profesionales de atención 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 al pie de página y en la cubierta de este resumen, **o**
* Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048. Usted puede llamar a estos números gratuitos, las 24 horas del día y 7 días a la semana.
* [*Plans may also insert additional State-based resources for reporting fraud*.]