Instructions to Health Plans

* [Plans should replace the word “Medicaid” with *“Medi-Cal*.”]
* [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.]
* [*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](#_Toc50018450)

[B. Preguntas frecuentes 5](#_Toc50018451)

[C. Resumen de servicios 11](#_Toc50018452)

[D. Servicios cubiertos fuera de la red de <plan name> 22](#_Toc50018453)

[E. Servicios que <plan name>, Medicare y Medi-Cal no cubren 2](#_Toc50018454)3

[F. Sus derechos como miembro del plan 24](#_Toc50018455)

[G. Cómo presentar una queja o apelar un servicio denegado 26](#_Toc50018456)

[H. Qué hacer si usted sospecha fraude 26](#_Toc50018457)

# A. Renuncias de garantías

****Éste es un resumen de los servicios médicos cubiertos por <plan name> para <fecha>. Éste es solamente un resumen. Por favor lea el *Manual del miembro* para ver la lista completa de beneficios. [*Plans must include information about how to contact Member Services to get a Member Handbook and how to access the Member Handbook on the plan’s website.*]

* [*Plans must include all applicable disclaimers as required in the State-specific Marketing Guidance.*]
* Con <plan name>, usted puede obtener sus servicios de Medicare y de Medi-Cal en un sólo plan de salud. Un coordinador de cuidado de salud de <plan name> le ayudará a administrar sus necesidades de cuidado de salud. [Plans should change “care coordinator” to the term used by the state and/or plan.]
* Ésta no es una lista completa. La información de beneficios es un resumen breve, no una descripción completa de los beneficios. Para obtener más información puede comunicarse con el plan o leer el *Manual del miembro*.
* ATENCIÓN: Si habla [*insert language of the disclaimer*], tiene disponible los servicios de asistencia de idioma gratis. Llame al [*insert Member Services 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 o audio. Llame al [insert Member Services toll-free phone and TTY numbers, and 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,
  + ho*w 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 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 | Respuestas |
| --- | --- |
| ¿Qué es un Plan Cal MediConnect? | El Plan Cal MediConnect es una organización compuesta por médicos, hospitales, farmacias, proveedores de servicios a largo plazo y otros proveedores. También tiene coordinadores de cuidado de salud, quienes le ayudan a administrar a todos sus proveedores y servicios. Todos ellos trabajarán juntos para darle el cuidado que usted necesite. <Plan name> (plan de Medicare-Medicaid) es un Plan Cal MediConnect que ofrece beneficios de Medi-Cal y Medicare para los miembros. [Plans should change “care coordinator” to the term used by the state and/or plan.] |
| ¿Qué es un coordinador de cuidado de salud de <plan name>? | Un coordinador de cuidado de salud de <plan name> es la persona principal con quien se comunicará usted. Esta persona ayuda a administrar a sus proveedores y servicios y se asegura de que usted obtenga lo que necesite. [Plans should change “care coordinator” to the term used by the state and/or plan.] |
| ¿Qué son los Servicios y respaldos a largo plazo (LTSS)? | LTSS son para los miembros que necesitan asistencia para realizar tareas cotidianas, como bañarse, vestirse, preparar comida y tomar medicinas. La mayoría de esos servicios son proporcionados en su hogar o en su comunidad, pero podrían ser proporcionados en un hogar para personas de la tercera edad u hospital.  LTSS incluyen los siguientes programas: Programa de servicios con fines múltiples para personas de la tercera edad (MSSP) [plan shall change “Multipurpose Senior Services Program (MSSP)” to the term “Care Planning and Management (CPM)" once the plan’s county has transitioned MSSP into Managed Care.], Servicios para adultos proporcionados en la comunidad (CBAS) y cuidado de enfermería especializada a largo plazo proporcionados en Centros de enfermería (NF). |
| ¿Recibirá con <plan name> los mismos beneficios de Medicare y Medi-Cal que recibe ahora? | Usted obtendrá la mayoría de sus beneficios cubiertos por Medicare y Medi-Cal directamente de <plan name>. Usted trabajará con un equipo de proveedores que ayudará a determinar qué servicios son los más adecuados para cubrir sus necesidades. Esto significa que pueden cambiar algunos de los servicios que recibe ahora.  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 atender sus necesidades de salud y respaldo, que refleje sus preferencias y objetivos personales. También, si usted toma algún medicamento de receta de la Parte D de Medicare que <plan name> no cubra normalmente, usted puede obtener un suministro temporal y le ayudaremos con la transición a otro medicamento o para obtener una excepción para que <plan name> cubra su medicamento, si es médicamente necesario. |
| ¿Puede consultar los mismos médicos que consulta ahora? | Esto es posible con frecuencia. Si sus proveedores (incluyendo médicos y farmacias) trabajan con <plan name> y tienen contrato con nosotros, usted podrá seguir viéndolos.   * Los proveedores que tienen acuerdos con nosotros se consideran “dentro de la red”. **Usted debe usar proveedores de la red de <plan name>.** * Si necesita cuidado de urgencia, de emergencia o servicios de diálisis fuera del área, usted puede usar proveedores fuera del área del plan de <plan name>. [Plans may insert additional exceptions as appropriate.]   Para saber si sus médicos están dentro de la red del plan, llame a Servicios al miembro o lea el *Directorio de proveedores y farmacias* de <plan name>.  Si <plan name> es nuevo para usted, trabajaremos juntos para desarrollar un Plan de cuidados individualizado, para atender sus necesidades. Usted puede seguir consultando a los médicos que ve ahora durante [plans should discuss the state’s continuity of care requirement, e.g., for 12 months]. |
| ¿Qué sucederá si necesita algún servicio pero ningún proveedor de la red de <plan name> puede proporcionárselo? | La mayoría de los servicios serán prestados por proveedores de nuestra red. Si necesita algún servicio que no pueda ser proporcionado dentro de la red, <plan name> pagará el costo de un proveedor fuera de la red. |
| ¿Dónde está disponible <plan name>? | El área de servicio de este plan incluye: <name of county or counties> [plans should enter \* to denote partial county], <State>. [Usted debe vivir en plans should enter: esta área **or** una de estas áreas] para unirse al plan.  [Plans enter if applicable: \* Indica sólo parte del condado. Llame a Servicios al miembro para obtener más información sobre si el plan está disponible donde usted vive.] |
| ¿Usted paga una cantidad mensual (también llamada cuota) con <plan name>? | Usted no pagará ninguna cuota mensual a <plan name> por su cobertura de salud.  [If a plan has a monthly premium that was approved by CMS and the state, plans should discuss it here.] |
| ¿Qué es una autorización previa? | Autorización previa significa que usted debe obtener aprobación de <plan name> antes de que usted pueda recibir un servicio, artículo o medicamento específicos o para consultar a un proveedor fuera de la red. <Plan name> podría no cubrir el servicio o medicamento si usted no obtiene autorización.  Si necesita cuidados de urgencia, de emergencia o servicios de diálisis fuera del área, usted no necesita obtener primero la aprobación. <Plan name> puede proporcionarle una lista de servicios o procedimientos que requieren que usted obtenga autorización previa de <plan name> antes de que se proporcione el servicio.  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 una 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 [insert the term the plan uses, e.g., proveedor **or** médico] de cuidado primario (PCP, por sus siglas en inglés) debe darle su aprobación antes de que usted consulte a alguien que no sea su PCP o use otros proveedores en la red del plan. Si usted no obtiene la aprobación, <plan name> podría no cubrir los servicios. No necesita un referido para visitar ciertos especialistas, como los especialistas en salud de la mujer.  Para obtener más información sobre cuando se necesita un referido de su PCP, lea el Capítulo 3 [*plans may insert reference, as applicable*] del *Manual del miembro*. |
| ¿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 reducir sus costos de medicamentos de receta de la Parte D de Medicare, tales 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 de receta con <plan name> ya incluyen la cantidad de Ayuda adicional para el que usted es elegible. Para obtener más información sobre esta Ayuda adicional, comuníquese con su Oficina local del Seguro Social o llame a Social Security al  1-800-772-1213. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778. [Plan may substitute TTY number with or add contact information for Video Relay or other accessible technology.] |
| ¿Con quién debe comunicarse si tiene alguna pregunta o necesita ayuda? (continúa en la página siguiente)  [Plans may modify the call-lines as appropriate.] | **Si tiene alguna pregunta general o sobre nuestro plan, servicios, área de servicio, cobros o tarjetas de identificación de miembro, por favor llame a Servicios al miembro de <plan name>.**   |  |  | | --- | --- | | **LLAME AL** | <Phone number(s)>  Las llamadas a este número son gratuitas. <Days and hours of operation.> [*Include information on the use of alternative technologies*.]  Servicios al miembro también tiene servicios gratuitos de intérprete de idiomas para las personas que no hablan inglés. | | **TTY** | <TTY phone number>  [*Insert if the plan uses a direct TTY number:* Este número es para las personas con problemas para oír o para hablar. Usted debe tener un equipo telefónico especial para llamar]  Las llamadas a este número son gratuitas. <Days and hours of operation.> | |
| ¿Con quién debe comunicarse si tiene 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 línea Nurse Advice Call>** [plans can use a plan-specific name for the Nurse Advice Call Line]**:**   |  |  | | --- | --- | | **LLAME AL** | <Phone number>  Las llamadas a este número son gratuitas. <Days and hours of operation.> [*Include information on the use of alternative technologies*.] | | **TTY** | <TTY phone number>  [*Insert if the plan uses a direct TTY number:* Este número es para las personas con problemas para oír o para hablar. Usted debe tener un equipo telefónico especial para llamar.]  Las llamadas a este número [insert if applicable: son **or** no son] gratuitas. <Days and hours of operation.> | |
| ¿Con quién debe comunicarse si tiene 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, por favor llame a la <Behavioral Health Crisis Line number>** [*plans can use a plan-specific name for the Behavioral Health Crisis Line*]**:**   |  |  | | --- | --- | | **LLAME AL** | <Phone number>  Las llamadas a este número son gratuitas. <Days and hours of operation.> [*Include information on the use of alternative technologies*.] | | **TTY** | <TTY phone number>  [*Insert if the plan uses a direct TTY number:* Este número es para las personas con problemas para oír o para hablar. Usted debe tener un equipo telefónico especial para llamar.]  Las llamadas a este número [*insert if applicable*: son ***or*** no son] gratuitas. <Days and hours of operation>.] | |

# C. Resumen de servicios

La siguiente tabla es un resumen rápido de los servicios que posiblemente necesite, sus costos y las reglas de los beneficios. [*Plans should add text in bold at the end of a service title if the service continues onto the next page:* **(Este servicio continúa en la página siguiente)**. *Plans should add text in bold after the service title on the following page:* **<name of service>** **(continuación)**.*Plans should also be aware that the flow of services from one page to the next may vary after plan-customized information is added, which may necessitate adding and/or removing these instructions in other services as needed. Additionally, plans should maintain consistency of table formatting, borders, and color scheme throughout after adding plan-customized information*.]

| Necesidad o problema de salud | Servicios que posiblemente necesite [This category includes examples of services that members may need. The health plan should add or delete any services based on the services covered by the State.] | Su costo por proveedores dentro de la red [Plans should insert cost-sharing where applicable] | Limitaciones, excepciones e información de beneficios (reglas de los beneficios) [Plans should provide specific information about: need for 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 cuidar de una lesión o enfermedad | <$–> |  |
| Consultas de rutina, como para un examen médico | <$–> |  |
| Transporte al consultorio del médico | <$–> |  |
| Cuidados de un especialista | <$–> |  |
| Cuidados para evitar que se enferme, como vacunas contra la gripe | <$–> |  |
| Consulta preventiva "Bienvenidos a Medicare" (una sola vez) | <$–> |  |
| Usted necesita análisis médicos | Análisis de laboratorio, como de sangre | <$–> |  |
| Radiografías u otras imágenes, como tomografías axiales computarizadas (CAT Scans) | <$–> |  |
| Exámenes exploratorios, como pruebas para detectar el cáncer | <$–> |  |
| Usted necesita medicamentos para atender su enfermedad (Este servicio continúa en la página siguiente) | Medicamentos genéricos (no de marca) | [Plans should insert a single amount, multiple amounts, or all applicable copay amounts, for a tier with LIS copay amounts] por un suministro de [must be at least 30-day] días.  [Plans may delete the following statement if they charge $0 for all generic drugs.] Los copagos de los medicamentos de receta podrían variar de acuerdo con el nivel de Ayuda adicional que usted reciba. Por favor comuníquese con el plan para conocer más detalles. | Posiblemente haya limitaciones en cuanto a los tipos de medicamentos cubiertos. Lea más información en la *Lista de medicamentos cubiertos* (Lista de medicamentos) de<plan name>.  [Plans must indicate if extended-day supplies are available at retail and/or mail order pharmacy locations and make clear that the cost sharing amount for these extended-day supplies is the same as for a one-month supply.] |
| Usted necesita medicamentos para tratar su enfermedad (continuación) | Medicamentos de marca | [Plans should insert a single amount, multiple amounts, all applicable copay amounts, for a tier with LIS copay amounts] por un suministro de [must be at least 30-day] días.  [Plans may delete the following statement if they charge $0 for all brand name drugs.] Los copagos de los medicamentos de receta podrían variar de acuerdo con el nivel de Ayuda adicional que usted reciba. Por favor comuníquese con el plan para conocer más detalles. | Posiblemente haya limitaciones en cuanto a los tipos de medicamentos cubiertos. Lea más información en la *Lista de medicamentos cubiertos* (Lista de medicamentos) de <plan name>.  [Plans must indicate if extended-day supplies are available at retail and/or mail order pharmacy locations and make clear that the cost sharing amount for these extended-day supplies is the same as for a one-month supply.] |
| Usted necesita medicamentos para tratar su enfermedad (continuación) | Medicamentos de venta sin receta médica | [Plans should insert a single amount, multiple amounts, or minimum/maximum range.] | Posiblemente haya limitaciones en cuanto a los tipos de medicamentos cubiertos. Lea más información en la *Lista de medicamentos cubiertos* (Lista de medicamentos) de <plan name>. |
| Medicamentos de receta de la Parte B de Medicare | <$–> | 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. Lea en el *Manual del miembro* más información sobre estos medicamentos. |
| Usted necesita tratamiento después de una embolia o accidente | Terapia física, ocupacional o del habla | <$–> |  |
| Usted necesita cuidado de emergencia | Servicios de sala de emergencias | <$–> | [Plans must state that emergency room services must be provided OON and without prior authorization requirements.] |
| Servicios de ambulancia | <$–> |  |
| Cuidado de urgencia | <$–> | [Plans must state that urgent care services must be provided OON and without prior authorization requirements.] |
| Usted necesita cuidados hospitalarios | Estadía en el hospital | <$–> |  |
| Cuidados de un médico o cirujano | <$–> |  |
| Usted necesita ayuda para mejorar o tiene necesidades especiales de salud | Servicios de rehabilitación | <$–> |  |
| Equipo médico para cuidados en el hogar | <$–> |  |
| Cuidado de enfermería especializada | <$–> |  |
| Usted necesita cuidado de la vista | Exámenes de la vista | <$–> |  |
| Anteojos o lentes de contacto | <$–> |  |
| Usted necesita servicios para el oído o auditivos | Exámenes del oído | <$–> |  |
| 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 | <$–> |  |
| Usted tiene algún problema de salud mental | Servicios de salud mental o del comportamiento | <$–> |  |
| Usted tiene un problema de abuso en el consumo de sustancias | Servicios por abuso en el consumo de sustancias | <$–> |  |
| Usted necesita servicios de salud mental a largo plazo | Cuidados como paciente hospitalizado para personas que necesitan cuidados de salud mental | <$–> |  |
| Usted necesita equipo médico duradero (DME) | Sillas de ruedas | <$–> |  |
| Los nebulizadores | <$–> |  |
| Muletas | <$–> |  |
| Andadores | <$–> |  |
| Equipos y suministros de oxígeno | <$–> |  |
| Usted necesita ayuda para vivir en su hogar (Este servicio continúa en la página siguiente) | Alimentos llevados a su hogar | <$–> | [For all LTSS, indicate if services are only available to members on a waiver.] |
| Servicios en el hogar, como limpieza o tareas domésticas | <$–> |  |
| Cambios a su casa, como rampas y acceso para silla de ruedas | <$–> |  |
| Usted necesita ayuda para vivir en su hogar (continuación) | Capacitación para ayudarle a usted a obtener trabajos pagados o sin paga | <$–> |  |
| Servicios de cuidados de salud en el hogar | <$–> |  |
| Servicios para ayudarle a vivir por su cuenta | <$–> |  |
| Servicios de día para adultos u otros servicios de respaldo | <$–> |  |
| Usted necesita un lugar dónde vivir, con personas a su disposición para ayudarle | Vida con asistencia u otros servicios de vivienda | <$–> |  |
| Cuidados en hogares para personas de la tercera edad | <$–> |  |
| Su administrador de cuidados necesita una pausa | Cuidados de respiro | <$–> |  |
| Otros servicios cubiertos [*Plans are encouraged to insert other services they offer that are not already included in the chart. This does not need to be a comprehensive list.*] |  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

# D. Servicios cubiertos fuera de la red de <plan name>

Ésta no es una lista completa. Llame a Servicios al miembro para informarse sobre otros servicios que no cubre <plan name>, pero están disponibles a través de Medicare o Medi-Cal.

| Otros servicios cubiertos por Medicare o Medi-Cal | Sus costos |
| --- | --- |
| [Insert services covered outside the plan by Medicare fee-for-service and/or Medi-Cal fee-for-service, as appropriate. This does not need to be a comprehensive list.] | [Plans should include copays for listed services.] |
| Algunos servicios de cuidado de hospicio | $0 |
| Servicios de coordinación antes de una transición y después de una transición de California Community Transitions (CCT) | $0 |
| Ciertos servicios dentales, como rayos X, limpiezas, empastes, tratamiento de endodoncia, extracciones, coronas, y dentaduras postizas | Los servicios que no están cubiertos bajo el Programa dental de Medi-Cal no son facturables a usted. No obstante, usted es responsable por su parte de la cantidad del costo, si se aplica. Usted es responsable por pagar por los servicios que no cubre su plan o el Programa dental de Medi-Cal. |

# 

# E. Servicios que <plan name>, Medicare y Medi-Cal no cubren

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

| Servicios no cubiertos por <plan name>, Medicare o Medi-Cal | |
| --- | --- |
| [Insert any excluded benefit categories. This does not need to be a comprehensive list. Plans may consult Section G of Chapter 4 of the Member Handbook for examples.] |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

# F. 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 esos derechos sin perder sus servicios de cuidados médicos. Le hablaremos de sus derechos por lo menos una vez al año. Para obtener más información sobre sus derechos, por favor lea el *Manual del miembro*. Sus derechos incluyen, sin limitación, lo siguiente:

* **Usted tiene derecho a respeto, justicia y dignidad.** Esto incluye el derecho a:
* Recibir servicios cubiertos, sin importar su raza, etnicidad, origen nacional, religión, sexo, edad, discapacidad mental o física, orientación sexual, información genética, posibilidades de pago o capacidad para hablar inglés
* Recibir información en otros formatos a su pedido (p.ej.: en letras grandes, Braille, y/o audio)
* Estar libre de todo tipo de reclusión o restricción física
* Que no le cobren los proveedores de la red
* Recibir una respuesta completa y cortés a sus preguntas e inquietudes.
* **Usted tiene derecho a recibir información sobre sus cuidados de salud.** Esto incluye información sobre el tratamiento y sus opciones de tratamiento. Esta información debe estar en un formato que usted pueda entender. Estos derechos incluyen recibir información sobre:
* La descripción de los servicios que cubrimos
* Cómo obtener servicios
* Cuánto le costarán los servicios
* Los nombres de los proveedores de cuidado de salud y los administradores de cuidados
* **Usted tiene derecho a tomar decisiones sobre sus cuidados, incluso a rechazar el tratamiento.** Esto incluye el derecho a:
* Elegir un proveedor de cuidado primario (PCP) y usted puede cambiar su PCP en cualquier momento durante el año
* Ver un proveedor de servicios de salud para mujeres sin referido
* Recibir rápidamente sus servicios y medicamentos cubiertos
* Saber sobre todas las opciones de tratamiento, sin importar su costo o si están cubiertos o no.
* Rechazar el 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.
* Crear y aplicar cualquier instrucción anticipada, como un testamento o poder legal para decisiones médicas
* **Usted tiene derecho al acceso oportuno a cuidados de salud sin obstáculos de comunicación o de acceso físico.** Esto incluye el derecho a:
* Recibir cuidados de salud oportunos
* 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 su plan de seguro médico. Llame al <phone number> si necesita ayuda con este servicio.
* **Usted tiene derecho a buscar cuidado de emergencia y urgencia cuando los necesite.** Esto significa que usted tiene derecho a:
* Recibir servicios de emergencia las 24 horas del día, 7 días de la semana, 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 confidencialidad y privacidad.** Esto incluye el derecho a:
* Pedir y recibir una copia de sus expedientes médicos, de manera que usted pueda entenderlos y pedir que se hagan cambios o correcciones a sus expedientes.
* Que su información médica personal se mantenga privada.
* **Usted tiene el derecho a presentar quejas sobre sus cuidados o servicios cubiertos.** Esto incluye el derecho a:
* Presentar una queja o un reclamo contra nosotros o nuestros proveedores ante el Departamento de Cuidados de Salud Administrados de California (DMHC). El DMHC dispone de un número de teléfono gratuito **(1-888-HMO-2219)** y de una línea TTY **(1-877-688-9891)** para personas con dificultades auditivas o del habla. En el sitio web del DMHC ([www.hmohelp.ca.gov](http://www.hmohelp.ca.gov)) encontrará formularios de reclamos y de solicitud de Revisión médica independiente (IMR), e instrucciones. También tiene derecho a apelar ciertas decisiones tomadas por nosotros o nuestros proveedores.
* Pedir una Revisión médica independiente de los servicios médicos o artículos de Medi-Cal al Departamento de Cuidados de Salud Administrados de California.
* Pedir una audiencia imparcial estatal del estado de California
* 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 alguna pregunta también puede llamar a Servicios al miembro de <plan name>

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

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

Si tiene alguna pregunta sobre sus 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, appeals, and the Department of managed Health Care’s IMR and Complaint process.]

# H. Qué hacer si usted sospecha fraude

La mayoría de los profesionales de cuidado de salud y las organizaciones que proporcionan servicios son honestos. Desgraciadamente, puede haber algunos deshonestos.

Si le parece que algún médico, hospital u otra farmacia está haciendo algo mal, por favor comuníquese con nosotros.

Llámenos a Servicios al miembro de <plan name>. Los números de teléfono están en la cubierta de este resumen.

O, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Usted puede llamar a estos números gratuitos, las 24 horas del día, 7 días de la semana.

* [Plans may also insert additional State-based resources for reporting fraud.]