<Plan name> *Manual del miembro*

* [*Before use, plans must upload in HPMS only (1) a standalone ANOC and (2) a standalone EOC (Member Handbook). Plans should work with their marketing reviewers to withdraw any duplicate material submitted in error. Plans must enter Actual Mail Dates (AMDs) for ANOCs in accordance with CMS requirements* as detailed in the “Update AMD/Beneficiary Link/Function” section of the Marketing Review Users Guide in HPMS. Note that plans 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, "refer to Chapter 9, Section A, page 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. Plan instructions in this document are in English. Some instructions permit flexibility for plans to modify language, replace references with terms each plan prefers to use, include examples and descriptions, and/or add instructions or navigational aids. In such cases, each plan is responsible for ensuring that member-facing language is in the translated language (e.g., Spanish) and consistent with other good formatting practices. The following are based on input from beneficiary interviews:*
* *Format a section, chart, table, or block of text to fit onto a single page. In instances where plan-customized information causes an item or text to continue on the following page, enter a blank return before right aligning with clear indication that the item continues (for example, similar to the Benefits Chart in Chapter 4 of the Member Handbook, insert:* **Esta sección continúa en la página siguiente***).*
* *Ensure plan-customized text is in plain language and complies with reading level requirements established in the three-way contract.*
* *Break up large blocks of plan-customized text into short paragraphs or bulleted lists and give a couple of plan-specific examples as applicable.*
* *Spell out an acronym or abbreviation before its first use in a document or on a page (for example, Long-term services and supports (LTSS) or low income subsidy (LIS)).*
* *Include the meaning of any plan-specific acronym, abbreviation, or key term with its first use.*
* *Avoid separating a heading or subheading from the text that follows when paginating the model.*
* *Use universal symbols or commonly understood pictorials.*
* *Draft and format plan-customized text and terminology in translated models to be culturally and linguistically appropriate for non-English speakers.*
* *Consider using regionally appropriate terms or common dialects in translated models.*
* *Consider producing translated models in large print.*]

**<start date> – <end date>**

**Su cobertura de salud y medicamentos en <plan name>**

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

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

Este plan Cal MediConnect es ofrecido por [insert sponsor name]. Cuando en este *Manual del miembro* se habla de “nosotros”, “a nosotros” o “nuestro”, se refiere a [insert sponsor name]. Cuando se habla del “plan” o de “nuestro plan,” se refiere a <plan name>.

ATENCIÓN: Si habla [insert language of the disclaimer], hay servicios de asistencia de idioma disponibles para usted sin cargo. Llame al [insert Member Services toll-free phone and TTY numbers, and days and hours of operation]. La llamada es gratuita. [This disclaimer must be included in all non-English languages that meet the Medicare and/or state thresholds for translation.]

Usted puede obtener este documento gratis en otros formatos, como, por ejemplo, en letra grande, en braille o en 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,*
  + *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.]

Declaraciones requeridas

* [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 denominada “cobertura esencial mínima”. Esta cobertura cumple con el requisito de responsabilidad individual compartida de la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible (ACA). Visite el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (IRS) en [www.irs.gov/es/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families](http://www.irs.gov/es/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families) para obtener más información sobre el requisito de responsabilidad individual compartida.

Capítulo 1: Información básica para miembros del plan

Introducción

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

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

Tabla de contenidos

[A. Bienvenido a <plan name> 7](#_Toc76668952)

[B. Información sobre Medicare y Medi-Cal 7](#_Toc76668953)

[B1. Medicare 7](#_Toc76668954)

[B2. Medi-Cal 7](#_Toc76668955)

[C. Las ventajas de este plan 8](#_Toc76668956)

[D. Área de servicio de <plan name> 9](#_Toc76668957)

[E. Requisitos para ser miembro del plan 9](#_Toc76668958)

[F. Qué esperar al inscribirse por primera vez en un plan de salud 10](#_Toc76668959)

[G. Su equipo para el cuidado de salud y el plan de cuidado 11](#_Toc76668960)

[G1. Equipo para el cuidado de salud 11](#_Toc76668961)

[G2. Plan de cuidado 11](#_Toc76668962)

[H. La prima mensual del plan <plan name> 11](#_Toc76668963)

[I. El *Manual del miembro* 11](#_Toc76668964)

[J. Otra información que le enviaremos 12](#_Toc76668965)

[J1. Su tarjeta de identificación de miembro de <plan name> 12](#_Toc76668966)

[J2. *Directorio de proveedores y farmacias* 13](#_Toc76668967)

[J3. *Lista de medicamentos cubiertos* 14](#_Toc76668968)

[J4. *Explicación de beneficios* 14](#_Toc76668969)

[K. Cómo mantener actualizado su expediente de miembro 14](#_Toc76668970)

[K1. Privacidad de su información médica personal (PHI) 15](#_Toc76668971)

# Bienvenido a <plan name>

<Plan name> es un plan Cal MediConnect. Un plan Cal MediConnect es una organización compuesta por médicos, hospitales, farmacias, proveedores de servicios y respaldos a largo plazo, proveedores de salud del comportamiento y otros proveedores. También tiene coordinadores de cuidado de salud y equipos para el cuidado de salud para ayudarle a administrar todos sus proveedores y servicios. Todos ellos trabajan conjuntamente para proporcionarle los cuidados que usted necesite.

<Plan name> fue aprobado por el estado de California y por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) 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 un mejor cuidado de salud a quienes tienen Medicare y Medi-Cal. Con este programa piloto, el estado y el gobierno federal evaluarán maneras de mejorar los servicios que usted recibe de Medicare y Medi-Cal.

[Plan can include language about itself.]

# Información sobre Medicare y Medi-Cal

## B1. Medicare

Medicare es el programa federal de seguros de salud para:

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

## B2. Medi-Cal

Medi-Cal es el nombre del programa Medicaid de California. Medi-Cal es administrado por el estado y financiado por el estado y el gobierno federal. Medi-Cal ayuda a las personas de ingresos y recursos limitados a pagar 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 ingreso y recursos,
* quién es elegible,
* qué servicios están cubiertos, **y**
* cuánto cuestan.

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

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

* Nosotros ofrezcamos el plan; **y**
* Medicare y el estado de California nos permitan seguir ofreciendo este plan.

Aunque nuestro plan se cancele en el futuro, su elegibilidad para recibir servicios de Medicare y Medi-Cal no cambiará.

# Las ventajas de este plan

Usted recibirá todos los servicios cubiertos por Medicare y Medi-Cal a través de <plan name>, incluidos medicamentos de receta. **No tendrá que pagar más para inscribirse en este plan de salud.**

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

* Podrá trabajar con **un** plan de salud para **todas** sus necesidades de seguro de salud.
* Tendrá un equipo para el cuidado de salud creado con su ayuda. Su equipo para el cuidado de salud podrá estar conformado por usted mismo, médicos, enfermeros, consejeros u otros profesionales de la salud.
* Tendrá acceso a un coordinador de cuidado de salud: una persona que trabajará con usted, con <plan name> y con su equipo para el cuidado de salud para ayudar a preparar un plan de cuidado.
* Usted podrá controlar el cuidado de su salud con la 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 específicamente 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 que sus médicos estén al tanto de todos los medicamentos que usted toma, para que puedan controlar que esté tomando los medicamentos adecuados y para reducir los posibles efectos secundarios de los medicamentos.
* Su equipo para el cuidado de salud se asegurará de que todos sus médicos y otros proveedores dispongan de los resultados de sus pruebas médicas, según corresponda.

# 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 los siguientes 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 todas las zonas de <county> con 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.]

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

**Si usted se muda a un lugar fuera de nuestra área de servicio**, no podrá continuar en este plan. Consulte el Capítulo 8, [plans may insert reference, as applicable] para obtener más información sobre cómo le afectará el hecho de mudarse a un lugar fuera de nuestra área de servicio. Tendrá que comunicarse con el trabajador de elegibilidad de su condado local:

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

# Requisitos para ser miembro del plan

Podrá inscribirse en nuestro plan si cumple con todos los requisitos:

* reside en nuestra área de servicio;
* es mayor de 21 años en el momento de la inscripción;
* tiene la Parte A y la Parte B de Medicare;
* actualmente cumple los requisitos para Medi-Cal y [insert language as appropriate under terms of state contract];
* es ciudadano de los Estados Unidos o está legalmente en los Estados Unidos.

Es posible que existan reglas de elegibilidad adicionales en su condado. Llame a Servicios al miembro para obtener más información.

# 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 debemos completar una HRA para usted. Esta HRA es la base para desarrollar su plan de cuidado individualizado (ICP). La HRA incluirá preguntas para identificar sus necesidades médicas, de LTSS, de salud del comportamiento y funcionales.

Nos comunicaremos con usted para completar la HRA. La HRA puede completarse a través de una visita en persona, una llamada telefónica o por correo postal.

Le enviaremos más información sobre esta HRA.

**Si <plan name> es nuevo para usted**, podrá seguir acudiendo a los médicos a los que acude ahora durante cierto período. En el momento de la inscripción, podrá seguir consultando a sus proveedores actuales y mantener sus autorizaciones de servicios durante hasta 12 meses si se cumplen todas las condiciones siguientes:

* Usted, su representante o su proveedor nos solicita de forma directa seguir acudiendo a su proveedor actual.
* Podemos establecer que usted tuvo una relación existente con un proveedor de cuidado primario o especializado, con algunas excepciones. Cuando decimos “relación existente”, significa que consultó a un proveedor fuera de la red para una visita que no era de emergencia al menos una vez en los 12 meses previos a la fecha de su inscripción inicial en <plan name>.
  + Para determinar una relación existente revisaremos la información médica sobre usted que tengamos disponible o la información que usted nos proporcione.
  + Tenemos 30 días para responder a su solicitud. También puede solicitar que tomemos una decisión más rápida y, en ese caso, deberemos responderle en 15 días.
  + Usted o su proveedor deberán presentar documentación que demuestre una relación existente y aceptar determinados términos en el momento de hacer la solicitud.

**Nota:** Esta solicitud **no** puede hacerse para proveedores de equipo médico duradero (DME), servicios de transporte, otros servicios auxiliares o servicios no incluidos en Cal MediConnect.

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

# Su equipo para el cuidado de salud y el 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 estar conformado por su médico, un coordinador de cuidado de salud u otra persona del área de salud que usted elija.

Un coordinador de cuidado de salud es una persona que está capacitada para ayudarle a administrar el cuidado que necesita. Se le asignará un coordinador de cuidado de salud cuando se inscriba en <plan name>. Esta persona también lo derivará a recursos de la comunidad, si <plan name> no le presta los servicios que usted necesita.

Puede llamarnos al <phone number> para solicitar un equipo para el cuidado de salud.

## G2. Plan de cuidado

Su equipo para el cuidado de salud trabajará con usted para preparar un plan de cuidado. En un plan de cuidado se le indica a usted y a sus médicos qué servicios necesita y cómo los recibirá. Incluye sus necesidades médicas, de salud del comportamiento y de LTSS. Su plan de cuidado se preparará específicamente para usted y sus necesidades.

Su plan de cuidado incluirá:

* Sus objetivos de cuidados de salud.
* Un cronograma de cuándo debe recibir los servicios que necesita.

Después de recibir su evaluación de riesgos de salud, su equipo para el cuidado de salud se reunirá con usted. Hablarán sobre los servicios que necesita. También pueden recomendarle servicios que usted podría considerar 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 al menos una vez al año.

# La prima mensual del plan <plan name>

<Plan name> no tiene una prima mensual.

# El *Manual del miembro*

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

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

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

# 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 tendrá una única tarjeta para sus servicios de Medicare y Medi-Cal, incluidos servicios y respaldos a largo plazo y algunos servicios de salud del comportamiento y medicamentos de receta. Deberá mostrar esta tarjeta cada vez que reciba servicios o medicamentos. La siguiente tarjeta es un ejemplo de cómo será la suya:

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

Si su tarjeta de Cal MediConnect se daña, se pierde o se la roban, llame inmediatamente a Servicios al miembro y le enviaremos una tarjeta nueva. Puede llamar a Servicios al miembro al <phone number>.

Mientras sea miembro de nuestro plan, usted no tendrá que usar su tarjeta de Medicare (roja, blanca y azul) ni su tarjeta de Medi-Cal para recibir los servicios de Cal MediConnect. Guarde esas tarjetas en un lugar seguro, ya que las podría necesitar más adelante. Si muestra su tarjeta de Medicare en lugar de su tarjeta de identificación de miembro del plan <plan name>, el proveedor facturará el servicio a Medicare en lugar de a nuestro plan, y puede que usted reciba una factura. Consulte el Capítulo 7 [plans may insert reference, as applicable] para averiguar qué hacer si recibe una factura de un proveedor.

Recuerde que necesitará su tarjeta de Medi-Cal para acceder a los servicios de salud mental especializados que puede recibir del plan de salud mental (MHP) del condado.

## J2. *Directorio de proveedores y farmacias*

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

Puede solicitar un *Directorio de proveedores y farmacias* llamando a Servicios al miembro al <phone number>. También puede consultar el *Directorio de proveedores y farmacias* en <web address> o descargarlo desde 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**

* Son proveedores de la red de <plan name>:
  + Los médicos, enfermeros y otros profesionales de la salud a los que puede acudir como miembro de nuestro plan.
  + Las clínicas, hospitales, centros de enfermería y otros establecimientos que proporcionan servicios de salud en nuestro plan.
  + LTSS, servicios de salud del comportamiento, agencias de cuidado de salud en el hogar, proveedores de equipo médico duradero y otros proveedores de los bienes y servicios que usted obtiene a través de Medicare o Medi-Cal.

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

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

[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)**

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

## J3. *Lista de medicamentos cubiertos*

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

En la Lista de medicamentos se indica también si algún medicamento está sujeto a reglas o restricciones, por ejemplo, de cantidad. En el Capítulo 5 [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, entretanto, la lista podría sufrir cambios. Para obtener la información más actualizada sobre los medicamentos cubiertos, visite <web address> o llame al <phone number>.

## J4. *Explicación de beneficios*

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

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

Si lo desea, puede solicitar una EOB en cualquier momento. Para obtener una copia, comuníquese con Servicios al miembro al <phone number>.

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

# 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 de miembro avisándonos oportunamente de cualquier cambio en sus datos.

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

Infórmenos sobre lo siguiente:

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

Cuando cambie alguno de sus datos, 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. Privacidad de su información médica personal (PHI)

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