<Plan name> *Manual del miembro*

* [*Before use and under the appropriate, State-specific material code(s), 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 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 “Medicaid” references to “MassHealth” throughout the handbook.]
* [Where the template uses “medical care,” “medical services,” or “health care services” to explain services provided, plans may revise and/or add references to behavioral health services, long-term services and supports, and/or home and community-based services as applicable.]
* [Where the template uses “Care Coordinator,” plans may replace this term for the name they use for this role.]
* [Plans may change references to “member,” “customer,” or “beneficiary” to whatever term they prefer.]
* [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, "see 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. The following are based on input from beneficiary interviews:*
* *Format a section, chart, table, or block of text to fit onto a single page. In instances where plan-customized information causes an item or text to continue on the following page, enter a blank return before right aligning with clear indication that the item continues (for example, similar to the Benefits Chart in Chapter 4 of the Member Handbook, insert:* **Esta sección continúa en la página siguiente***).*
* *Ensure plan-customized text is in plain language and complies with reading level requirements established in the three-way contract.*
* *Break up large blocks of plan-customized text into short paragraphs or bulleted lists and give a couple of plan-specific examples as applicable.*
* *Spell out an acronym or abbreviation before its first use in a document or on a page (for example, Long-term Services and Supports (LTSS) or low income subsidy (LIS)).*
* *Include the meaning of any plan-specific acronym, abbreviation, or key term with its first use.*
* *Avoid separating a heading or subheading from the text that follows when paginating the model.*
* *Use universal symbols or commonly understood pictorials.*
* *Draft and format plan-customized text and terminology in translated models to be culturally and linguistically appropriate for non-English speakers.*
* *Consider using regionally appropriate terms or common dialects in translated models.*
* *Include instructions and navigational aids in translated models in the translated language rather than in English.*
* *Consider producing translated models in large print.*]

**<start date> – <end date>**

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

[Optional: Insert member name.]

[Optional: Insert member address.]

Introducción al *Manual del miembro*

Este manual explica cuál es su cobertura con <plan name> hasta el <end date>. Explica los servicios de cuidado de salud, la cobertura de salud del comportamiento, la cobertura de medicamentos de receta y los servicios y respaldos a largo plazo. Servicios y respaldos a largo plazo le ofrece el cuidado que necesita en casa y/o en la comunidad y puede reducir las probabilidades de ir a un centro de enfermería o a un hospital. Términos clave y sus definiciones se encuentran en orden alfabético en el último capítulo del *Manual del miembro*.

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

<Plan name> (Plan de Medicare-Medicaid) es ofrecido por [insert sponsor name]. Cuando este *Manual del miembro* dice “nosotros,” “a nosotros” o “nuestro,” significa [insert sponsor name]. Cuando dice “el plan” o “nuestro plan,” significa <plan name>.

ATENCIÓN: Si habla [*insert language of the disclaimer*]*,* tiene disponible los servicios de asistencia de idioma gratis. Llame al [insert Member Services toll-free phone and TTY numbers, and days and hours of operation]. La llamada es gratis [*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, formatos que funcionen con la tecnología de los lectores de pantalla, braille o audio. Llame al <toll-free phone and TTY numbers>, <days and hours of operation>. La llamada es gratuita.

[Plans also must simply describe:

* how they will request a member’s preferred language other than English and/or alternate format,
* how they will *keep the member’s information as a standing request for future mailings and communications so the member does not need to make a separate request each time,* ***and***
* how *a member can change a standing request for preferred language and/or format*.]

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

**Renuncias de garantías**

* + [Plans must include all applicable disclaimers as required in the State-specific Marketing Guidance.]
* [Consistent with the formatting in this section, plans may insert additional bulleted disclaimers or state-required statements, including state-required disclaimer language, here.]
* La cobertura en virtud de <plan name> es una cobertura médica calificada llamada “cobertura esencial mínima” (MEC, por sus siglas en inglés). Cumple con el requisito de responsabilidad individual compartida de la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible (ACA, por sus siglas en inglés). Visite el sitio web del Servicio de Rentas Internas (IRS, por sus siglas en inglés) en [www.irs.gov/es/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families](http://www.irs.gov/es/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families) para obtener más información sobre el requisito de responsabilidad compartida individual.

Capítulo 1: Cómo comenzar como miembro

Introducción

Este capítulo incluye información sobre <plan name>, un plan médico que cubre todos sus servicios de Medicare y MassHealth, y su membresía. También le dice lo que debe esperar y qué otra información recibirá de <plan name>. Términos clave y sus definiciones se encuentran en orden alfabético en el último capítulo del *Manual del miembro*.

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

**Tabla de Contenido**

[A. Bienvenido a <plan name> 7](#_Toc50448921)

[B. Información sobre Medicare y MassHealth 7](#_Toc50448922)

[B1. Medicare 7](#_Toc50448923)

[B2. MassHealth 7](#_Toc50448924)

[C. Ventajas del plan One Care 8](#_Toc50448925)

[D. El área de servicio de <plan name> 9](#_Toc50448926)

[E. Cómo ser elegible para ser miembro del plan 10](#_Toc50448927)

[F. Qué esperar cuando se inscriba por primera vez en un plan de salud 10](#_Toc50448928)

[G. Su Plan de cuidado individualizado (ICP, por sus siglas en inglés). 10](#_Toc50448929)

[H. Cuota mensual de <Plan name> 11](#_Toc50448930)

[I. El *Manual del miembro* 11](#_Toc50448931)

[J. Otra información que recibirá de nosotros 12](#_Toc50448932)

[J1. Su Tarjeta de identificación de miembro de <plan name> 12](#_Toc50448933)

[J2. *Directorio de proveedores y farmacias* 12](#_Toc50448934)

[J3. *Lista de medicamentos cubiertos* 13](#_Toc50448935)

[J4. La *Explicación de beneficios* 14](#_Toc50448936)

[K. Cómo mantener actualizado su expediente de miembro 14](#_Toc50448937)

[K1. Privacidad de su información médica personal (PHI) 15](#_Toc50448938)

# A. Bienvenido a <plan name>

<Plan name> es un plan One Care: MassHealth más Medicare. Un plan One Care está compuesto por médicos, hospitales, farmacias, proveedores de Servicios y respaldos a largo plazo (LTSS) y otros proveedores de cuidado de salud. En un plan One Care, un Coordinador de cuidado de salud trabajará con usted para preparar un plan que satisfaga sus necesidades de salud específicas. Un Coordinador de cuidado de salud también le ayudará a administrar todos sus proveedores, servicios y respaldos. Todos trabajan juntos para darle el cuidado que usted necesite.

<Plan name> fue aprobado por el estado de Massachusetts y CMS (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) para proporcionarle servicios como parte de One Care.

One Care es un programa que operan Massachusetts y el gobierno federal para ofrecer mejor cuidado de salud a la gente que tiene Medicare y MassHealth (Medicaid). Este programa piloto permite que el estado y el gobierno federal encuentren nuevas maneras de mejorar la forma en que usted recibe sus servicios de cuidado de salud de Medicare y MassHealth.

[Plan can include language about itself.]

# B. Información sobre Medicare y MassHealth

## B1. Medicare

Medicare es el programa de seguro de salud federal para:

* algunas personas menores de 65 con algunas discapacidades,
* personas de 65 años de edad o más, **y**
* personas con enfermedad renal en etapa terminal (insuficiencia renal terminal).

## B2. MassHealth

MassHealth es el nombre del programa Massachusetts Medicaid. El gobierno federal y el estado operan MassHealth. MassHealth ayuda a la gente con recursos e ingresos limitados a pagar servicios y respaldos a largo plazo y costos médicos. También cubre servicios y medicamentos adicionales que no tienen cobertura de Medicare.

Cada estado tiene su propio programa de Medicaid. Esto significa que cada estado decide:

* qué cuenta como ingresos y recursos,
* quién es elegible para cobertura de Medicare en ese estado,
* cuáles servicios están cubiertos, **y**
* cuánto cuestan esos servicios.

Los estados pueden decidir cómo operar sus propios programas de Medicaid, siempre y cuando sigan las reglas federales.

[Plans may add language indicating that Medicaid approves their plan each year, if applicable.] Medicare y Massachusetts deben aprobar <plan name> cada año. Puede obtener servicios de Medicare y MassHealth a través de nuestro plan, siempre y cuando:

* usted sea elegible para participar en One Care,
* ofrezcamos el plan en su condado, **y**
* Medicare y Massachusetts aprueben el plan.

Aunque su plan deje de operar, esto no afectará su elegibilidad para los servicios de Medicare y MassHealth.

# C. Ventajas del plan One Care

Usted obtendrá todos sus servicios cubiertos de Medicare y MassHealth a través de <plan name>. Esto incluye medicamentos de receta. **Usted no tiene que hacer un pago adicional para inscribirse en este plan de salud.**

<Plan name> le ayudará a hacer que sus beneficios de Medicare y MassHealth funcionen mejor juntos y funcionen mejor para usted. Estas son algunas de las ventajas de tener <plan name> como su plan de salud.

* Usted podrá trabajar con **un** plan de salud para **todas** sus necesidades de seguro de salud.
* Usted tendrá un Equipo para el cuidado de salud formado por personas que usted elija. Un Equipo para el cuidado de salud es un grupo de personas que conocerán sus necesidades y trabajarán con usted para ayudarle a crear y llevar a cabo un Plan de cuidado individualizado (ICP, por sus siglas en inglés). Su Equipo para el cuidado de salud hablará con usted sobre los servicios adecuados para usted.
* Usted tendrá un Coordinador de cuidado de salud que trabajará con usted, el plan de salud y su Equipo para el cuidado de salud, para asegurarse que usted reciba el cuidado que necesita.
* Usted también puede elegir a tener un Coordinador de vida independiente y servicios y respaldos a largo plazo. Los servicios y respaldos a largo plazo son para las personas que necesitan asistencia para las actividades diarias, como bañarse, vestirse, preparar la comida y tomar medicinas.
* Un Coordinador de LTS le ayudará a encontrar y obtener los Servicios y respaldos a largo plazo (LTSS, por sus siglas en inglés) y/u otros servicios de la comunidad o de salud del comportamiento adecuados.
  + Tanto el Coordinador de cuidado de salud, como el Coordinador de LTS, trabajará con su Equipo para el cuidado de salud para asegurarse de que usted obtenga el cuidado que necesita.
* Usted podrá hacerse cargo de su propio cuidado con la ayuda de su Equipo para el cuidado de salud y 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 individualizado (ICP) diseñado especialmente para satisfacer sus necesidades de salud. Ellos le ayudarán a recibir los servicios adecuados y a organizar su cuidado. El Equipo para el cuidado de salud estará a cargo de manejar los servicios que usted necesita. Por ejemplo:
  + Su Equipo para el cuidado de salud se asegurará que sus médicos sepan cuáles son todos los medicamentos que toma, para que puedan reducir los efectos secundarios.
  + Su Equipo para el cuidado de salud se asegurará de que todos sus médicos y otros proveedores vean los resultados de sus pruebas.
  + Su Equipo para el cuidado de salud le ayudará a conseguir citas con médicos y otros proveedores que puedan ayudarle con cualquier adaptación por discapacidad que usted necesite.

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

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

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

For an approved partial county, use county name plus approved ZIP code(s), for example: Nuestra área de servicio incluye partes del Condado <county> con los siguientes códigos de área: <ZIP code(s)>.

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

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

**Si usted se muda y sale de nuestra área de servicio,** no puede seguir en este plan. Lea el Capítulo 8 [*plan may* *insert reference, as applicable*] para más información sobre las consecuencias de mudarse fuera de nuestra área de servicio.

# E. Cómo ser elegible para ser miembro del plan

Usted es elegible para nuestro plan siempre y cuando:

* viva en nuestra área de servicio, **y**
* tenga la Parte A y la Parte B de Medicare y sea elegible para la Parte D, **y**
* sea elegible para MassHealth Standard o MassHealth CommonHealth y [insert language as appropriate under terms of state contract], **y**
* sea ciudadano de Estados Unidos o esté presente legalmente en los Estados Unidos, **y**
* no esté inscrito en un programa de excepción de MassHealth Home y servicios basados en la comunidad (HCBS), **y**
* no tenga otro seguro de salud.

# F. Qué esperar cuando se inscriba por primera vez en un plan de salud

Si <plan name> es un plan nuevo para usted, puede seguir viendo a sus médicos y obtener sus servicios actuales por 90 días o hasta que su evaluación integral y su Plan de cuidado individualizado (ICP, por sus siglas en inglés) se terminen. Esto se llama el período de Continuidad del cuidado. Si está tomando medicamentos de receta de la Parte D de Medicare en el momento de inscribirse en el plan, puede obtener un suministro temporal. Le ayudaremos a hacer la transición a otro medicamento si es necesario.

En los primeros 90 días después de su inscripción en el plan, recibirá una evaluación completa en persona. Después de la evaluación, usted y su Equipo para el cuidado de salud trabajarán juntos para desarrollar su ICP.

[Plans should discuss the process for the comprehensive assessment – who performs it, who will contact the member, etc.]

Después de los primeros 90 días, tendrá que ver a médicos y otros proveedores de la red de <plan name>. Un proveedor de la red es un proveedor que trabaja con el plan de salud. Lea el Capítulo 3 [plans may insert reference, as applicable] para obtener más información sobre cómo obtener cuidado de redes de proveedores.

# G. Su Plan de cuidado individualizado (ICP, por sus siglas en inglés).

Después de su evaluación completa, su Equipo para el cuidado de salud se reunirá con usted, para hablar sobre los servicios de salud que usted necesita y quiere. Juntos, usted y su Equipo para el cuidado de salud prepararán su Plan de cuidado individualizado (ICP).

Su ICP indica los servicios que usted recibirá y cómo los recibirá. Incluye los servicios que usted necesita para su atención de salud física y de comportamiento y los servicios y respaldos a largo plazo. Los proveedores que usted vea y los medicamentos que toma serán una parte de su ICP. Podrá incluir sus metas de salud, vida independiente y recuperación, así como cualquier inquietud que tenga y los pasos necesarios para aplicarlas.

Su plan One Care trabajará con usted en todo momento y trabajará con su familia, amigos y defensores si usted lo decide. Usted estará en el centro del proceso de la preparación de su ICP.

Todos los años, su Equipo para el cuidado de salud trabajará con usted para actualizar su ICP en caso de que haya un cambio en los servicios de salud que usted necesita y quiere. Su ICP también podrá actualizarse, según cambien sus objetivos o necesidades durante el año.

# H. Cuota mensual de <Plan name>

Usted no pagará ninguna cuota mensual a <plan name> por su cobertura de salud.

Si usted paga una cuota a MassHealth por CommonHealth, usted deberá seguir pagando la cuota a MassHealth para conservar su cobertura.

Los miembros que entran a una centro de enfermería especializada podrían tener que pagar una Cantidad pagada por el paciente para conservar su cobertura de MassHealth. La cantidad pagada por el paciente es la contribución del miembro para cubrir los costos del cuidado en la institución. MassHealth le enviará un aviso detallado en caso que se espere que usted pague la cantidad pagada por el paciente.

# I. El *Manual del miembro*

Este *Manual del miembro* forma parte de nuestro contrato con usted. Esto significa que debemos seguir todas las reglas de este documento. Si le parece que hemos hecho algo que vaya en contra de estas reglas, podrá apelar o cuestionar nuestras medidas. Si quiere información sobre cómo apelar, lea 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 ver el *Manual del miembro* en <web address> o descargarlo de ese sitio web. [*Plan may modify language if the Member Handbook will be sent annually.*]

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

# J. Otra información que recibirá de nosotros

Usted ya debe haber recibido una yarjeta 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] la *Lista de medicamentos cubiertos*.

## J1. Su Tarjeta de identificación de miembro de <plan name>

Con nuestro plan, usted tendrá sólo una tarjeta para sus servicios de Medicare y MassHealth, incluyendo LTSS y medicamentos de receta. Usted debe mostrar esta tarjeta cuando reciba servicios o medicamentos. Ésta es una tarjeta de muestra que muestra cómo se verá la suya:

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

Si su tarjeta se daña, se pierde o se la roban, llame inmediatamente a Servicios al miembro al <toll-free number>. Le enviaremos una tarjeta nueva.

Mientras usted sea miembro de nuestro plan, no debería usar su tarjeta de Medicare roja, blanca y azul ni su tarjeta MassHealth para recibir servicios. **Guarde esas tarjetas en un lugar seguro, en caso de que las necesite más tarde.** Si muestra su tarjeta de Medicare en lugar de su tarjeta de identificación de miembro de <plan name>, el proveedor puede facturar a Medicare en lugar de nuestro plan, y puede obtener una factura. Lea el Capítulo 9 [plans may insert reference, as applicable] para ver qué hacer si recibe una factura de un proveedor.

## J2. *Directorio de proveedores y farmacias*

El *Directorio de proveedores y farmacias* contiene los proveedores y farmacias de la red de <plan name>. Mientras usted sea miembro de nuestro plan, debe usar proveedores de la red para obtener servicios cubiertos.

Usted puede pedir un *Directorio de proveedores y farmacias* en cualquier momento, llamando a Servicios al miembro al <toll-free number>. Usted también puede leer el *Directorio de proveedores y farmacias* en <web address> o descargarlo del 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**

* [Plans should modify this paragraph to include all services covered by the state, including long-term supports and services.] Los proveedores de la red de <plan name> incluyen (a):
  + médicos, enfermeras y otros profesionales de cuidado de salud, con los que usted puede ir como miembro de nuestro plan,
  + clínicas, hospitales, instituciones de cuidados especializados de enfermería y otros lugares que proporcionan servicios de salud en nuestro plan, **y**
  + agencias de salud en el hogar, proveedores de equipo médico duradero (DME) y otros que proporcionan los bienes y servicios que usted recibe a través de Medicare o MassHealth.

Los proveedores de la red acordaron aceptar pagos de nuestro plan [plans with cost sharing, insert: y costo compartido] por los servicios cubiertos como pago total. Usted no tendrá que pagar nada más por los servicios cubiertos.

**Definición de farmacias de la red**

* Las farmacias de la red son farmacias que acordaron surtir recetas para los miembros de nuestro plan. Use el *Directorio de proveedores y farmacias* para encontrar la farmacia de la red que usted quiera usar.
* Usted debe surtir sus medicamentos de receta en una de las farmacias de nuestra red si desea que nuestro plan le ayude a pagarlos.

Llame a Servicios al miembro al <toll-free number> para obtener más información o para obtener un *Directorio de proveedores y farmacias*.

[Plans that limit DME brands and manufacturers insert the following section (for more information about this requirement, refer to the Medicare Managed Care Manual, Chapter 4, Section 10.12.1 et seq):

**Lista de equipo médico duradero (DME)**

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

## J3. *Lista de medicamentos cubiertos*

El plan tiene una *Lista de medicamentos cubiertos* o *Formulario*. La llamamos “Lista de medicamentos” para abreviar y le dice cuáles medicamentos de receta están cubiertos por <plan name>.

La Lista de medicamentos también le dice si algún medicamento tiene reglas o restricciones, como un límite a la cantidad que usted puede obtener. Lea el Capítulo 5 [plans may insert reference, as applicable] para obtener más información sobre estas reglas y restricciones.

Cada año, le enviaremos [*insert if applicable*: información sobre cómo acceder a] la Lista de medicamentos. Para obtener la información más actualizada sobre cuáles medicamentos están cubiertos, vaya a <web address> o llame al <toll-free number>.

## J4. La *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 hechos por sus medicamentos de receta de la Parte D. Este resumen se llama *Explicación de beneficios* (o EOB).

En la EOB se indica la cantidad total que usted u otras personas en su nombre han gastado por medicamentos de receta de la Parte D y la cantidad total que nosotros hemos pagado por cada uno de sus medicamentos de receta de la Parte D durante el mes. La EOB contiene información adicional sobre los medicamentos que usted toma [insert, as applicable: por ejemplo, incrementos en los precios u otros medicamentos con un menor costo compartido que pueda haber disponibles. Puede hablar con su proveedor acerca de estas opciones de menor costo]. El Capítulo 6 [plans may insert reference, as applicable] ofrece más información sobre la EOB y cómo le ayudará a llevar un registro de la cobertura de sus medicamentos.

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

# K. Cómo mantener actualizado su expediente de miembro

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

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

Los proveedores y farmacias de la red del plan necesitan tener la información correcta sobre usted. **Usan su expediente de miembro para saber qué servicios y medicamentos obtiene usted y cuánto cuestan.** Por esto, es muy importante que nos ayude a mantener su información al corriente.

Avísenos si cualquiera de estas situaciones le aplica a usted:

* Cambios a su nombre, dirección o número de teléfono
* Recibe otra cobertura de seguro de salud, como cobertura de su empleador, el empleador de su cónyuge o compensación laboral
* Alguna demanda de responsabilidad, como una demanda por un accidente automovilístico
* Admisión a un hogar para personas de la tercera edad o en un hospital
* Cuidado en un hospital o sala de emergencias fuera del área o fuera de la red
* Cambia su administrador de cuidados (o cualquier otra persona responsable de usted)
* Usted es parte de o se involucra en un estudio de investigación clínica

Si algún dato cambia, llame a Servicios al miembro al <toll-free number> para avisar.

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

## K1. Privacidad de su información médica personal (PHI)

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