Instructions to the Health Plan

* [The plan may add a cover page to the Summary of Benefits. The plan may include the Material ID only on the cover page.]
* [Where the template instructs inclusion of a phone number, the plan must ensure it is a toll-free number and include a toll-free TTY number and days and hours of operation.]
* [The plan should note that any reference to a “Participant Handbook” is also a reference to the Evidence of Coverage document.]
* [The plan should add or delete the categories in the “Services you may need” column to match State-specific benefit requirements.]
* [For the “Limitations, exceptions, & benefit information” column, the plan should provide specific information about need for prior authorization (PA), utilization management restrictions for drugs, permissible OON services, and applicable cost sharing (if different than in-plan cost sharing).]
* [The plan may place a QR code on materials to provide an option for Participants to go online.]
* [Wherever possible, the plan is 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 Covered Items and Services Chart in Chapter 4 of the Participant 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.]

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 participante de <plan name>. Los términos clave y sus definiciones se encuentran en orden alfabético en el último capítulo del Manual del participante.

[The 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 contenidos

[A. Declaraciones requeridas 4](#_Toc107909519)

[B. Preguntas frecuentes 5](#_Toc107909520)

[C. Resumen de servicios 14](#_Toc107909521)

[D. Servicios cubiertos fuera de <plan name> 22](#_Toc107909522)

[E. Servicios que <plan name>, Medicare y Medicaid no cubren 23](#_Toc107909523)

[F. Sus derechos como participante del plan 23](#_Toc107909524)

[G. Cómo presentar una queja o apelar un servicio que negamos 26](#_Toc107909525)

[H. Qué hacer si sospecha de la existencia de fraude 26](#_Toc107909526)

# Declaraciones requeridas

Este es un resumen de los servicios médicos cubiertos por <plan name> para <date>. Este solo es un resumen. Para ver la lista completa de beneficios, consulte el *Manual del participante*. [*Plan must include information about how to contact Participant Services to get a Participant Handbook and how to access the Participant Handbook on the plan’s website.*]

* [The plan must include all applicable disclaimers as required in the State-specific Marketing Guidance.]
* Con <plan name>, puede obtener sus servicios de Medicare y Medicaid en un plan de cuidado administrado llamado Plan FIDA-IDD (Fully Integrated Duals Advantage for Individuals with Intellectual and Developmental Disabilities; Organización integral para personas con discapacidades intelectuales y del desarrollo). Un Administrador de cuidados de <plan name> lo ayudará a administrar sus necesidades de cuidado.
* 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 consulte el *Manual del participante*.
* ATENCIÓN: Si habla [insert language of the disclaimer], hay servicios de asistencia de idioma disponibles para usted sin cargo. Llame al [insert Participant 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 Participant Services toll-free phone and TTY numbers, and days and hours of operation]. La llamada es gratuita.
* [*The plan also must simply describe:*
  + *how it will request a Participant’s preferred language other than English and/or alternate format,*
  + *how it will keep the Participant’s information as a standing request for future mailings and communications so the Participant does not need to make a separate request each time,* ***and***
  + *how a Participant can change a standing request for a preferred language and/or format*.]
* El estado de New York ha creado el programa ombudsman para el participante denominado Independent Consumer Advocacy Network (ICAN) para proporcionar asesoramiento gratuito y confidencial sobre los servicios ofrecidos por <plan name>. Puede comunicarse con el programa ICAN de manera gratuita llamando al 1-844-614-8800 (los usuarios de TTY deben llamar al 711 y seguir las instrucciones para marcar 844-614-8800) o ingresando en [icannys.org/get-help/help-spanish](http://icannys.org/get-help/help-spanish).

# Preguntas frecuentes

En el siguiente cuadro, aparecen las preguntas frecuentes. [The plan should add text in bold at the end of a frequently asked question (FAQ) title if the service continues onto the next page: **(este servicio continúa en la página siguiente)**. The plan should add text in bold after the FAQ title on the following page: **<FAQ> (continuación de la página anterior)**. The plan 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, the plan should maintain consistency of table formatting, borders, and color scheme throughout after adding plan-customized information.]

[The plan may add a maximum of two additional FAQs to this section. For example, the plan may add an FAQ giving additional information about its specific plan. Answers must be kept brief, consistent with the pre-populated responses in the template.]

| **Preguntas frecuentes (FAQ)** | **Respuestas** |
| --- | --- |
| **¿Qué es un Plan FIDA-IDD?** | Un Plan FIDA-IDD es una organización compuesta por médicos, hospitales, farmacias, proveedores de servicios a largo plazo, proveedores de servicios para personas con discapacidades del desarrollo y otros proveedores. También tiene Administradores de cuidados y Equipos interdisciplinarios (IDT) para ayudarlo a planificar y administrar todos sus proveedores y servicios. Todos ellos trabajan juntos para proporcionar los cuidados que usted necesita. <Plan name> es un Plan FIDA-IDD que proporciona beneficios de Medicaid y Medicare a los participantes en el programa piloto FIDA-IDD. |
| **¿Qué es un Administrador de cuidados y un Equipo interdisciplinario de <plan name>? (este servicio continúa en la página siguiente)** | El Administrador de cuidados de <plan name> es la persona principal a la cual puede contactar. Esta persona ayuda a administrar todos sus proveedores y servicios y se asegura de que usted obtenga lo que necesite. Esta persona es parte de su IDT, lo que incluye:   * + - usted y su cuidador/tutor o la persona que usted designe;     - sus principales proveedores de servicios para discapacidades del desarrollo, quienes tienen conocimiento de los resultados que desea y de sus necesidades de servicios;     - otras personas, como:       * su Proveedor de cuidado primario (PCP) o una persona designada por la oficina (o el consultorio) de su PCP que tenga experiencia clínica y conozca sus necesidades;       * su Profesional de salud del comportamiento (BH), si tiene uno, o una persona designada por la oficina (o el consultorio) de su profesional de BH que tenga experiencia clínica y conozca sus necesidades;       * su/s asistente/s de cuidados en el hogar o una persona designada con experiencia clínica de la agencia de cuidados en el hogar, que tenga conocimiento de sus necesidades, si usted está recibiendo cuidados en su hogar y aprueba la participación del asistente de cuidados en el hogar o de la persona designada en el IDT; |
| **¿Qué es un Administrador de cuidados y un Equipo interdisciplinario de <plan name>? (continuación de la página anterior)** | * + - * un representante clínico de su centro de cuidados intermedio (ICF), si recibe cuidados de un ICF; **y**       * otros proveedores, pedidos por usted, por su cuidador/tutor o por la persona que usted designe, o de acuerdo con lo recomendado por los miembros del IDT según sea necesario para la planificación adecuada de su cuidado y aprobado por usted o por la persona que usted designe. |
| **¿Qué son los servicios y respaldos a largo plazo (LTSS)?** | Los LTSS ayudan a las personas que necesitan asistencia para realizar tareas cotidianas, como bañarse, vestirse, preparar la comida y tomar medicamentos. La mayoría de estos servicios son proporcionados en su hogar y en su comunidad, pero podrían proporcionarse en un centro de enfermería o en un hospital. |
| **¿Es la autodirección una opción para mí?** | Si está inscrito en la exención integral de Servicios con base en el hogar y la comunidad (HCBS) de la Oficina para Personas con Discapacidades del Desarrollo (OPWDD), tiene la opción de autodirigir ciertos servicios y respaldos para las discapacidades del desarrollo. |
| **¿Puedo dirigir mis propios cuidados o contratar a mis propios ayudantes?** | Usted tiene derecho a optar por dirigir sus propios cuidados seleccionando los Servicios de asistencia personal dirigidos por el consumidor (CDPAS). A través del CDPAS, puede contratar a sus propios ayudantes y tomar otras decisiones sobre cómo obtener los servicios. |
| **¿Recibiré con <plan name> los mismos beneficios de Medicare y Medicaid que recibo ahora?** | Usted obtendrá sus beneficios cubiertos por Medicare y Medicaid 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. Usted recibirá casi todos sus beneficios cubiertos de Medicare y Medicaid directamente de <plan name>, pero recibirá algunos servicios de hospicio de la misma manera que ahora, fuera del plan.  Cuando se inscriba en <plan name>, usted y su Equipo interdisciplinario (IDT) trabajarán juntos para desarrollar un Plan de vida para que puedan atender sus necesidades de salud y respaldo. Cuando se inscriba en <plan name>, usted podrá seguir acudiendo a sus médicos y recibiendo los beneficios que recibe ahora hasta por 90 días o hasta que termine su Plan de vida, lo que sea más tarde. Sin embargo, puede optar por comenzar a recibir servicios de acuerdo con su Plan de vida aprobado antes de los 90 días. Cuando usted se une a nuestro plan, si toma algún medicamento de receta de la Parte D de Medicare que <plan name> no cubra normalmente, usted podrá obtener un suministro temporal. Le ayudaremos a obtener otro medicamento o una excepción para que <plan name> cubra su medicamento, siempre y cuando sea médicamente necesario. |
| **¿Puedo acudir a los mismos médicos que hasta ahora?** | Esto pasa con frecuencia. Si sus proveedores (incluyendo médicos, terapeutas, proveedores de servicios para personas con discapacidades del desarrollo y farmacias) trabajan con <plan name> y tienen contrato con nosotros, usted podrá seguir acudiendo a ellos.   * Los proveedores que tienen acuerdos con nosotros se consideran “dentro de la red”. Usted debe usar a proveedores de la red de <plan name>, a menos que <plan name> o su IDT lo haya autorizado a acudir a un proveedor fuera de la red. * Si necesita cuidado de urgencia o de emergencia o servicios de diálisis fuera del área de servicio, usted puede usar proveedores fuera del área del plan de <plan name>. [The plan may insert additional exceptions as appropriate.]   Para saber si sus médicos y proveedores de servicios están dentro de la red del plan, llame a Servicios al participante o consulte el *Directorio de proveedores y farmacias* de <plan name> en el sitio web del plan en <web address>.  Si <plan name> es nuevo para usted, puede continuar acudiendo a los médicos y proveedores que hasta ahora durante 90 días o hasta que se complete su Plan de vida, lo que sea más tarde. Sin embargo, puede optar por comenzar a recibir servicios de acuerdo con su Plan de vida aprobado antes de los 90 días.  Si actualmente recibe servicios de salud del comportamiento, su Equipo interdisciplinario (IDT) revisará sus cuidados para decidir si puede continuar recibiendo los servicios del mismo proveedor que hasta ahora. Si ellos o <plan name> deciden que puede acudiendo al mismo proveedor que hasta ahora, podrá acudiendo a ese proveedor durante los 24 meses siguientes a su inscripción en <plan name>. |
| **¿Qué sucede si necesito algún servicio pero ningún proveedor de la red de <plan name> puede proporcionarlo?** | 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: [The plan should entercondado **or** condados], <State>. Usted debe vivir en [the plan should enter esta área **or** una de estas áreas] para unirse al plan. |
| **¿Pago una cantidad mensual (también llamada prima) con <plan name>?** | Usted no pagará ninguna prima mensual a <plan name> por su cobertura. Tampoco tendrá copagos ni otros gastos cuando reciba cuidados de proveedores de la red. |
| **¿Qué es una autorización previa (PA)?** | PA significa que usted debe obtener aprobación de <plan name> o de su Equipo interdisciplinario antes de que pueda recibir un servicio, artículo o medicamento específicos o antes de que pueda acudir a un proveedor fuera de la red. <Plan name> podría no cubrir el servicio, artículo o medicamento si usted no obtiene autorización de <plan name> o de su IDT. Consulte el Capítulo 3, [plan may insert reference, as applicable] del *Manual del participante* para aprender más sobre la PA.  Una cantidad pequeña de servicios requiere la PA de un especialista y no de <plan name> o de su IDT. Consulte el Capítulo 4 de su *Manual del participante* para obtener más información. <Plan name> también puede proporcionarle una lista de servicios o procedimientos que requieren que usted obtenga una PA de un proveedor que no sea su IDT.  Algunos servicios no requieren ninguna PA, como el cuidado necesario de urgencia o de emergencia, los servicios de diálisis fuera del área, las visitas al Proveedor de cuidado primario (PCP) y los servicios de especialista en salud de la mujer. Para ver la lista completa de servicios que no requieren PA, consulte el Capítulo 4 de su *Manual del participante* o llame a <plan name>. |
| **¿Qué es un referido?** | Un referido significa que su Proveedor de cuidado primario (PCP) le da la aprobación para acudir a otro proveedor. Los referidos no son ni serán necesarios para <plan name>. Sin embargo, deben seguirse las normas de PA. |
| **¿Con quién debo comunicarme si tengo alguna pregunta o necesito ayuda? (este servicio continúa en la página siguiente)** [The plan 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 participante, llame a Servicios al participante de <plan name>:**   | **POR TELÉFONO** | <Phone number(s)>  Las llamadas a este número son gratuitas. <Days and hours of operation.> [Include information on the use of alternative technologies.]  Los Servicios al participante también tienen servicios gratuitos de intérprete de idiomas para las personas que no hablan inglés. | | --- | --- | | **POR TTY** | <TTY phone number>  [Insert if the plan uses a direct TTY number: Este número es para personas con problemas de audición o del habla. Para poder llamar, usted debe tener un equipo telefónico especial.]  Las llamadas a este número son gratuitas. <Days and hours of operation.> | |
| **¿Con quién debo comunicarme si tengo alguna pregunta o necesito ayuda? (continuación de la página anterior)** [The plan may modify the call lines as appropriate.] | **Si tiene preguntas sobre su salud, llame a la Línea de consejería de enfermeras:**   | **POR TELÉFONO** | <Phone Number>  Las llamadas a este número son gratuitas. <Days and hours of operation.> [Include information on the use of alternative technologies.] | | --- | --- | | **POR TTY** | <TTY phone number>  [Insert if the plan uses a direct TTY number: Este número es para personas con problemas de audición o del habla. Para poder llamar, usted debe tener un equipo telefónico especial.]  Las llamadas a este número [Insert if applicable: no] son gratuitas. <Days and hours of operation.> | |
| **¿Con quién debo comunicarme si tengo alguna pregunta o necesito ayuda? (continuación de la página anterior)** [The plan may modify the call lines as appropriate.] | [Insert if applicable: **Si necesita servicios inmediatos de salud del comportamiento, llame a la Línea de crisis de salud del comportamiento:**   | **POR TELÉFONO** | <Phone Number>  Las llamadas a este número son gratuitas. <Days and hours of operation.> [Include information on the use of alternative technologies.] | | --- | --- | | **POR TTY** | <TTY phone number>  [Insert if the plan uses a direct TTY number: Este número es para personas con problemas de audición o del habla. Para poder llamar, usted debe tener un equipo telefónico especial.]  Las llamadas a este número [Insert if applicable: no] son gratuitas. <Days and hours of operation.>] | |

# Resumen de servicios

La tabla siguiente es un resumen rápido de los servicios que posiblemente necesite, sus costos y las reglas de los beneficios. [The plan 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)**. The plan should add text in bold after the service title on the following page: **<name of service> (continuación)**. The plan 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, the plan 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 Participants 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** | **Limitaciones, excepciones e información de beneficios (reglas de los beneficios)** [The Plan should provide specific information about: need for PA, utilization management restrictions for drugs, and permissible OON services and applicable cost sharing (if different than in-network cost sharing).] |
| --- | --- | --- | --- |
| **Usted quiere un médico** | Consultas para atender una lesión o enfermedad | $0 |  |
| Consultas de rutina, como un examen médico | $0 |  |
| Transporte al consultorio médico | $0 |  |
| Cuidados de especialista | $0 |  |
| Cuidados para evitar que se enferme, como vacunas contra la gripe | $0 |  |
| Visita preventiva de “Bienvenida a Medicare” (una única vez) | $0 |  |
| **Usted necesita análisis médicos** | Análisis de laboratorio, como análisis de sangre | $0 |  |
| Radiografías u otras imágenes, como tomografías axiales computarizadas (TAC) | $0 |  |
| Exámenes exploratorios, como pruebas para detectar el cáncer | $0 |  |
| **Necesita medicamentos para atender su enfermedad o padecimiento (este servicio continúa en la página siguiente)** | Medicamentos genéricos (no de marca) | $0 para un suministro de [must be at least 30-day]días.  [The plan should insert the following for each extended day supply they offer: $0 para un suministro de <extended day> días] | Posiblemente haya limitaciones en cuanto a los tipos de medicamentos cubiertos. Para obtener más información, consulte la *Lista de medicamentos cubiertos* (Lista de medicamentos) de <plan name>.  [The plan must indicate if extended-day supplies are available at retail and/or mail order pharmacy locations.] |
| **Necesita medicamentos para atender su enfermedad o padecimiento (continuación)** | Medicamentos de marca | $0 para un suministro de [must be at least 30-day] días.  [The plan should insert the following for each extended day supply they offer: $0 para un suministro de <extended day> días] | Posiblemente haya limitaciones en cuanto a los tipos de medicamentos cubiertos. Para obtener más información, consulte la *Lista de medicamentos cubiertos* (Lista de medicamentos) de <plan name>.  [The plan must indicate if extended-day supplies are available at retail and/or mail order pharmacy locations.] |
| Medicamentos de venta sin receta médica (OTC) | $0 | <Plan name> cubre algunos medicamentos de venta sin receta médica cuando son recetados por su proveedor. Para obtener más información, consulte la *Lista de medicamentos cubiertos* (Lista de medicamentos) de <plan name>. |
| **Necesita medicamentos para atender su enfermedad o padecimiento (continuación)** | 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 obtener más información sobre estos medicamentos, consulte el *Manual del participante*. |
| **Usted necesita tratamiento después de una embolia o accidente** | Fisioterapia, terapia ocupacional o del lenguaje | $0 |  |
| **Usted necesita cuidado de emergencia** | Servicios de sala de emergencias | $0 | [The plan must state that emergency room services must be provided OON and without PA requirements.] |
| Servicios de ambulancia | $0 |  |
| Cuidado de urgencia | $0 | [The plan must state that urgent care services must be provided OON and without PA requirements.] |
| **Usted necesita cuidados hospitalarios** | Estadías en el hospital | $0 |  |
| Cuidados del médico o cirujano | $0 |  |
| **Usted necesita ayuda para mejorar o tiene necesidades médicas especiales** | Servicios de rehabilitación | $0 |  |
| Equipo médico para cuidados de salud en el hogar | $0 |  |
| Cuidado de enfermería especializada | $0 |  |
| **Usted necesita cuidados de la vista** | Exámenes de la vista | $0 |  |
| Anteojos o lentes de contacto | $0 |  |
| **Usted necesita atención dental** | Chequeos dentales | $0 |  |
| **Usted necesita servicios para el oído o auditivos** | Exámenes del oído | $0 |  |
| Audífonos | $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 |  |
| **Usted tiene alguna enfermedad de salud mental** | Servicios de salud mental o del comportamiento | $0 |  |
| **Usted tiene un problema de abuso en el consumo de sustancias** | Servicios por abuso de sustancias | $0 |  |
| **Usted necesita servicios de salud mental a largo plazo** | Cuidados como paciente hospitalizado para personas que necesitan cuidados de salud mental | $0 |  |
| **Usted necesita equipo médico duradero (DME)** | Sillas de ruedas | $0 |  |
| Nebulizadores | $0 |  |
| Muletas | $0 |  |
| Andadores | $0 |  |
| Equipos y suministros de oxígeno | $0 |  |
| **Usted necesita ayuda para vivir en su hogar (este servicio continúa en la página siguiente)** | Servicios para el hogar, como limpieza o tareas domésticas | $0 |  |
| Asistente de cuidado personal  (Posiblemente pueda contratar su propio asistente. Llame a Servicios al participante para pedir más información). | $0 |  |
| Servicios de cuidados de salud en el hogar | $0 |  |
| Servicios para ayudarle a vivir por su cuenta | $0 |  |
| **Usted necesita ayuda para su vivir en su hogar (continuación)** | Servicios de día para adultos u otros servicios de respaldo | $0 |  |
| **Usted necesita un lugar dónde vivir con personas disponibles para ayudarle** | Centro de cuidados intermedio (ICF) | $0 |  |
| Cuidado en centros de enfermería | $0 |  |
| **Otros servicios cubiertos** [*The plan is encouraged to insert other services it offers, including waiver services that are not already included in the chart. This does not need to be a comprehensive list.*] |  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

# Servicios cubiertos fuera de <plan name>

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

| **Otros servicios cubiertos por Medicare o Medicaid** | **Sus costos** |
| --- | --- |
| [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.] | [The plan should include copays for listed services.] |
| Servicios en un centro de maternidad independiente | $0 |
| Servicios de hospicio | $0 |
|  |  |

# Servicios que <plan name>, Medicare y Medicaid no cubren

Esta no es una lista completa. Llame a Servicios al participante para averiguar sobre otros servicios excluidos.

| **Servicios que <plan name>, Medicare y Medicaid no cubren** | |
| --- | --- |
| [Insert any excluded benefit categories. This does not need to be a comprehensive list. The plan may consult Section G of Chapter 4 of the Participant Handbook for examples.] |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

# Sus derechos como participante del plan

Como participante de <plan name>, usted tiene ciertos derechos. Usted puede ejercer estos derechos sin ser castigado. También puede ejercer estos derechos sin perder sus servicios de <plan name>. Le hablaremos de sus derechos por lo menos una vez al año. Para obtener más información sobre sus derechos, consulte el *Manual del participante*. Esta no es una lista completa de todos sus derechos. Sus derechos incluyen, sin limitación, lo siguiente:

* **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, discapacidad mental o física, orientación sexual, información genética, posibilidades de pago o capacidad para hablar inglés
  + Obtener información en otros formatos (p.ej.: letra grande, braille, audio)
  + Estar libre de todo tipo de restricción o reclusión
  + Que no le cobren los proveedores de la red
  + Recibir una respuesta completa y amable a sus preguntas e inquietudes
  + Ejercer sus derechos libremente sin que ello perjudique la forma en que <plan name> o su proveedor lo atienden.
* **Usted tiene derecho a recibir información sobre sus cuidados de salud.** Esto incluye información sobre tratamiento y sus opciones de tratamiento. Esta información debe estar en un formato que usted pueda entender. Estos derechos incluyen recibir información sobre:
  + Descripción de los servicios que cubrimos
  + Cómo obtener servicios
  + Cuánto le costarán los servicios
  + Nombres de proveedores y 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 cambiar su PCP en cualquier momento
* Participar en las reuniones del Equipo interdisciplinario (IDT) sobre sus cuidados
* Obtener sus servicios y medicamentos cubiertos rápidamente
* Conocer todas las opciones de tratamiento, sin importar su costo o si están cubiertos o no
* Rechazar 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 una directiva anticipada, como un testamento en vida o un poder de cuidados de salud
* **Usted tiene derecho al acceso a tiempo a cuidados de salud sin obstáculos de comunicación o de acceso físico.** Esto incluye el derecho a:
* Obtener cuidado médico a tiempo
* Entrar y salir del consultorio de un proveedor de cuidado de salud. Esto significa acceso libre sin obstáculos para personas con discapacidades, de acuerdo con la Ley de estadounidenses con discapacidades
  + Tener intérpretes que lo ayuden a comunicarse con sus médicos y con su plan de salud
* **Usted tiene derecho a buscar cuidado de emergencia y urgencia cuando los necesite.** Esto significa que usted tiene derecho a:
  + Obtener servicios de emergencia sin PA en una emergencia
  + Acudir 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
  + Que su información médica personal se mantenga privada
  + Dirigir sus propios cuidados o contratar a sus propios ayudantes a través de los servicios de asistencia personal dirigidos para el consumidor (CDPAS)
* **Usted tiene el derecho a quejarse sobre sus cuidados o servicios cubiertos.** Esto incluye el derecho a:
  + Presentar una queja o un reclamo contra nosotros o nuestros proveedores
  + Obtener una explicación detallada de por qué se negaron los servicios

Para obtener más información sobre sus derechos, puede leer el *Manual del participante* de <plan name>. También puede llamar a Servicios al participante de <plan name> si tiene alguna pregunta.

# Cómo presentar una queja o apelar un servicio que negamos

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 preguntas sobre reclamos (quejas) y apelaciones, puede leer el Capítulo 9 del *Manual del participante* de <plan name> [*plan may insert reference, as applicable*]. También puede llamar a Servicios al participante de <plan name> al número que aparece al final de esta página.

También puede obtener ayuda de Independent Consumer Advocacy Network (ICAN). ICAN puede ofrecerle asistencia gratuita y confidencial sobre cualquier servicio que ofrece <plan name>, lo que incluye cualquier problema para obtener un cuidado de calidad. Puede comunicarse con el programa ICAN llamando al 1-844-614-8800 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o ingresando en [icannys.org/get-help/help-spanish](http://icannys.org/get-help/help-spanish).

[The plan should include contact information for complaints, grievances, and appeals.]

# Qué hacer si sospecha de la existencia de fraude

La mayoría de los profesionales de cuidado 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.

* Llame a los Servicios al participante de <plan name>. Los números de teléfono están en la portada 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 y 7 días a la semana.
* [The plan may also insert additional State-based resources for reporting fraud.]