<Plan name> *Manual del miembro*

* [*Before use and under the appropriate, State-specific material code(s), the plan must upload in HPMS only (1) a standalone ANOC and (2) a standalone EOC (Member Handbook). The plan should work with their marketing reviewers to withdraw any duplicate material submitted in error. The plan 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 the plan must enter AMD information for ANOC mailings only for mailings to current Members. The plan 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.*]
* [*The plan 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. The plan 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 the plan adds a front cover, it must contain the Material ID.*]
* [The plan should change “MMP” to any State-specific name for the health plan.]
* [Where the template uses “medical care,” “medical services,” or “health care services,” to explain services provided, the plan may revise and/or add references to long-term services and supports and/or home and community-based services as applicable.]
* [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 refer Members to other parts of the handbook using the appropriate chapter number, section, and/or page number. For example, "ver Capítulo 9, Sección A, página 1." An instruction [plan may insert reference, as applicable] is listed next to each cross reference throughout the handbook.]
* [*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 Benefits Chart in Chapter 4 of the Member Handbook, insert:* **Esta sección se 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**

[Plan: Revise this language to reflect that the organization is providing both Medicaid and Medicare covered benefits, when applicable.]

[Optional: Insert Member name.]

[Optional: Insert Member address.]

**Introducción al *Manual del miembro***

Este manual habla de la cobertura de su seguro de salud bajo <plan name> hasta el <end date>. También explica los servicios de cuidado de salud, cobertura de salud del comportamiento, de medicamentos de receta y los servicios y respaldos a largo plazo. Los servicios y respaldos a largo plazo le ayudan a quedarse en casa en lugar de ir a un hogar para personas de la tercera edad o a un hospital. Palabras importantes y sus definiciones se encuentra en orden alfabética en el último capítulo del *Manual del miembro*.

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

Este plan de <plan name> es ofrecido por <sponsor name>.Cuando en este *Manual del miembro* dice “nosotros,” “a nosotros” o “nuestro,” significa <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 también puede obtener esta información gratis en otros formatos como letras grandes, braille o audio. Llame a Servicios al miembro al <toll-free number>, <days and hours of operation>. Los usuarios de TTY deben llamar al <TTY number>. La llamada es gratuita.

[Plan also must simply describe:

* how it will request a Member’s preferred language other than English and/or alternate format,
* how *it 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*.]

[Plan 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**

* [Plan must include all applicable disclaimers as required in the State-specific Marketing Guidance.]
* [Consistent with the formatting in this section, the plan 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. Visite el sitio web del Servicios de Rentas Internos (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.
* Si usted recibe o es elegible para servicios y respaldos a largo plazo, posiblemente tenga que pagar parte del costo de esos servicios. A esto se le llama "costo compartido" y la cantidad la determina Rhode Island Medicaid.

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 Rhode Island Medicaid, y su membresía. También le dice lo que debe esperar y qué otra información recibirá de <plan name>. Palabras importantes y sus definiciones se encuentran en orden alfabética 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](#_Toc46156133)

[B. Información sobre Medicare y Medicaid 7](#_Toc46156134)

[B1. Medicare 7](#_Toc46156135)

[B2. Medicaid 7](#_Toc46156136)

[C. Ventajas de este plan 8](#_Toc46156137)

[D. Área de servicio de <plan name> 9](#_Toc46156138)

[E. Qué le hace elegible para ser miembro del plan 9](#_Toc46156139)

[F. Qué esperar al inscribirse por primera vez en un plan de salud 9](#_Toc46156140)

[G. Su plan de cuidado 10](#_Toc46156141)

[H. Cuota mensual de <plan name> 10](#_Toc46156142)

[I. El *Manual del miembro* 10](#_Toc46156143)

[J. Otra información que le enviaremos 10](#_Toc46156144)

[J1. Su tarjeta de identificación de miembro de <plan name> 11](#_Toc46156145)

[J2. *Directorio de proveedores y farmacias* 11](#_Toc46156146)

[J3. *Lista de medicamentos cubiertos* 12](#_Toc46156147)

[J4. *Explicación de beneficios* 13](#_Toc46156148)

[K. Cómo mantener actualizado su expediente de miembro 13](#_Toc46156149)

[K1. Privacidad de su información médica personal (PHI) 14](#_Toc46156150)

# A. Bienvenido a <plan name>

<Plan name> es un plan de Medicare-Medicaid. Un plan de Medicare-Medicaides una organización compuesta por médicos, hospitales, farmacias, proveedores de servicios y respaldos a largo plazo y por otros proveedores. También tiene un administrador de cuidados y un equipo para el cuidado de salud, quienes le ayudan a administrar a todos sus proveedores y servicios. Todos trabajan conjuntamente para darle el cuidado que usted necesita.

<Plan name> fue aprobado por el estado de Rhode Island y por los CMS (Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) para ofrecerle servicios como parte de Integrated Care Initiative.

Integrated Care Initiative es un programa piloto administrado por el estado de Rhode Island y el gobierno federal para ofrecer mejor cuidado de salud a quienes tienen Medicare y Medicaid. Con este programa piloto, el estado y el gobierno federal ensayarán maneras de mejorar la forma en que usted recibe servicios de cuidado de salud de Medicare y Medicaid.

[The plan can include language about itself.]

# B. Información sobre Medicare y Medicaid

## B1. Medicare

Medicare es el programa federal de seguro 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 etapa terminal (insuficiencia renal).

## B2. Medicaid

Medicaid es un programa administrado por el gobierno federal y por el estado, para ayudar a personas con ingresos y recursos limitados a pagar por servicios, respaldos a largo plazo y gastos médicos. También cubre servicios adicionales y medicamentos que Medicare no cubre. En Rhode Island, Medicaid se llama Rhode Island Medicaid.

Cada estado decide

* qué se cuenta como ingresos y recursos,
* quién es elegible,
* qué servicios están cubiertos, **y**
* cuánto cuestan los servicios.

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

[The plan may add language indicating that Medicaid approves their plan each year, if applicable.] Medicare y Rhode Island deben aprobar a <plan name> cada año. Usted puede obtener servicios de Medicare y Rhode Island Medicaid por medio de nuestro plan, siempre y cuando:

* nosotros decidamos ofrecer el plan, **y**
* Medicare y el estado de Rhode Island aprueben el plan.

Incluso si nuestro plan se cancela en el futuro, su elegibilidad para recibir servicios de Medicare y Rhode Island Medicaid no será afectada.

# C. Ventajas de este plan

Usted recibirá todos los servicios cubiertos por Medicare y Rhode Island Medicaid a través de <plan name>. Esto incluye medicamentos de receta. **Usted no tiene que hacer ningún pago adicional para inscribirse en este plan de salud.**

<Plan name> ayudará a que sus beneficios de Medicare y Rhode Island Medicaid funcionen mejor juntos y que funcionen mejor para usted. Algunas de las ventajas son:

* 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 armado con su ayuda. Su equipo para el cuidado de salud podría incluir doctores, enfermeras, consejeros u otros profesionales de la salud, que le ayudarán a obtener el cuidado que necesita
* Usted [*insert as appropriate:* podría tener***or***tendrá] un administrador de cuidados, quien trabajará con usted, con <plan name> y con sus proveedores con el fin de que usted reciba el cuidado de salud que necesita.
* Usted podrá controlar el cuidado de su salud con ayuda de su equipo para el cuidado de salud y su administrador de cuidados.
* Su equipo para el cuidado de salud y su administrador de cuidados trabajarán con usted para preparar un plan de cuidado diseñado para satisfacer sus necesidades de salud. El equipo para el cuidado de salud estará a cargo de coordinar los servicios que usted necesita. Por ejemplo:
  + Su equipo para el cuidado de salud se asegurará de informar a sus proveedores todos los medicamentos que usted toma, para reducir los posibles efectos secundarios.
  + Su equipo para el cuidado de salud se asegurará de que los resultados de sus exámenes sean enviados a todos sus médicos y otros proveedores.

# D. Área de servicio de <plan name>

Nuestra área de servicios es el estado de Rhode Island.

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

**Si usted se muda fuera de Rhode Island**, no podrá continuar en este plan. Lea Capítulo 8, [*plan may* *insert reference, as applicable*] para más información sobre los efectos de mudarse fuera de nuestra área de servicio.

# E. Qué le hace elegible para ser miembro del plan

Usted es elegible para ser miembro de nuestro plan, si usted:

* tiene 21 años o más, **y**
* vive en nuestra área de servicio, **y**
* tiene la Parte A de Medicare y la Parte B de Medicare y puede optar a la Parte D, **y**
* es ciudadano de Estados Unidos o está presente legalmente en los Estados Unidos, **y**
* es elegible para Rhode Island Medicaid.

[*Plan should insert additional eligibility criteria*.]

# F. Qué esperar al inscribirse por primera vez en un plan de salud

Al inscribirse por primera vez en el plan, usted recibirá una evaluación dentro de los primeros 180 días.

[The plan should discuss the process for the assessment – who performs it, who will contact the Member, etc.]

**Si <plan name> es nuevo para usted**, usted puede seguir viendo a los proveedores que ve ahora, por 180 días.

Después de 180 días, usted deberá ver a médicos y a otros proveedores de la red de <plan name>. Un proveedor de la red es un proveedor que trabaja con el plan de salud.En el Capítulo 3 [the plan may insert reference, as applicable] encontrará más información sobre cómo obtener cuidado de salud.

# G. Su plan de cuidado

Su plan de cuidado es un plan para los servicios de salud que usted recibirá y cómo los recibirá.

Después de su evaluación, su equipo para el cuidado de salud se reunirá con usted, para hablar sobre los servicios de salud que necesita y quiere. Juntos, usted y su equipo para el cuidado de salud, prepararán su plan de cuidado.

Cada año, su equipo para el cuidado de salud trabajará con usted para actualizar su plan de cuidado si cambian los servicios de salud que usted necesita y quiere.

# H. Cuota mensual de <plan name>

<Plan name> no tiene una cuota mensual

# 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 cree que hemos hecho algo que vaya en contra de estas reglas, usted podrá apelar o cuestionar nuestras decisiones. Para obtener información sobre cómo apelar, lea el Capítulo 9 [plan 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 <toll-free 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 estará vigente durante los meses en que usted esté inscrito en <plan name>.

# J. 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* [If the plan limits 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 sólo tendrá una tarjeta para sus servicios de Medicare y Rhode Island Medicaid, incluyendo servicios y respaldos a largo plazo y medicamentos de receta. Usted debe mostrar esta tarjeta cuando reciba servicios o medicamentos. La siguiente tarjeta es una muestra de 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 “sample” on the image of the card).]

Si su tarjeta se daña, se pierde o se la roban, llame inmediatamente a Servicios al miembro y le enviaremos una tarjeta nueva.

Mientras usted sea miembro de nuestro plan, no tendrá que usar su tarjeta de Medicare roja, blanca y azul ni su tarjeta de Rhode Island Medicaid para recibir servicios. Guarde su tarjeta de Medicare en un lugar seguro, en caso que la necesite más adelante. **Usted tendrá que seguir usando su tarjeta de Rhode Island Medicaid para los servicios dentales y de transporte**.Si muestra su tarjeta de Medicare en lugar de su tarjeta de identificación de miembro de <plan name>, el proveedor podrá facturarle a Medicare en lugar de a su plan, y usted podría recibir una factura. Lea el Capítulo 7 [plans may insert reference, as applicable] para saber qué hacer si recibe una factura de un proveedor.

## 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 servicios cubiertos. Existen algunas excepcionescuando usted se inscribe por primera vez en nuestro plan (lea la página <page number>).

Usted puede pedir un *Directorio de proveedores y farmacias* 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. [Plan may modify language if the Provider and Pharmacy Directory will be sent annually.]

[The plan must add information describing the information available in the directory].

**Definición de “proveedores de la red”**

* [*The plan 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:
  + Médicos, enfermeras y otros profesionales del cuidado de la salud, a los que usted podrá visitar siendo miembro de nuestro plan;
  + Clínicas, hospitales, centros de enfermería especializada, **y**
  + Agencias de cuidado de salud en el hogar, proveedores de equipo médico duradero y otros proveedores de bienes y servicios que usted recibe a través de Medicare o Rhode Island Medicaid.

Los proveedores de la red acordaron aceptar pagos de nuestro plan [*if the plan has cost sharing, insert:* y costo compartido] por los servicios cubiertos como pago total. Si usted recibe o es elegible para servicios y respaldos a largo plazo, posiblemente tenga que pagar parte del costo de esos servicios. A esto se le llama “costo compartido” y la cantidad la determina Rhode Island Medicaid.

**Definición de “farmacias de la red”**

* Las farmacias de la red son farmacias que han acordado surtir recetas para los miembros de nuestro plan. Use el *Directorio de proveedores y farmacias* para encontrar la farmacia de la red que usted 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 <toll-free number> para obtener más información. Tanto en Servicios al miembro como en el sitio web de <plan name>, usted encontrará la información más actualizada sobre los cambios en nuestra red de proveedores y farmacias.

[If the plan limits 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 del equipo médico duradero 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 Capítulo 4, [*plan may insert reference, as applicable*].]

## J3. *Lista de medicamentos cubiertos*

El plan tiene una *Lista de medicamentos cubiertos*. Para abreviar, la llamamos “Lista de medicamentos” y dice cuáles medicamentos de receta están cubiertos por <plan name>.

La Lista de medicamentos dice también si algún medicamento tiene reglas o restricciones, por ejemplo, un límite a la cantidad que podrá obtener. En el Capítulo 5 [plan 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 algunos cambios podrían ocurrir durante el año. Para obtener la información más actualizada sobre cuáles medicamentos están cubiertos, visite <web address> o llame al <toll-free number>.

## J4. *Explicación de beneficios*

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

En la EOB se indica la cantidad total que usted u otras personas en su nombre, han gastado de la Parte D por medicamentos de receta 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 la subida de precios y otros medicamentos de menor coste compartido que pueden estar disponibles. Puede hablar con su proveedor acerca de estas opciones de menor costo]. En el Capítulo 6 [plan may insert reference, as applicable] se 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 para quien la solicite. Para obtener una copia, comuníquese con Servicios al miembro.

[Plan may insert other methods that Members can get their EOB.]

# K. Cómo mantener actualizado su expediente de miembro

[In the heading and this section, the plan 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 su información correcta. **Ellos utilizarán su expediente de miembro para saber qué servicios y medicamentos usted recibe y cuánto cuestan**. Por eso, es muy importante que nos ayude a mantener su información actualizada.

Infórmenos sobre lo siguiente:

* Cambios a 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 esposo o esposa o compensación laboral
* Algún reclamo por 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 sala de emergencias fuera del área o fuera de la red
* Cambios en la persona encargada de su cuidado o la persona responsable por usted
* Usted es parte de o se envuelve en una investigación clínica

Si algún dato cambia, por favor infórmenos llamando a Servicios al miembro al <toll-free number>.

[If the plan allows 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). Existen leyes que nos exigen mantener en forma confidencial su PHI. Nosotros nos aseguramos de que su PHI esté protegida. Para obtener más información sobre la manera en que protegemos su PHI, lea Capítulo 8 [plan may insert reference, as applicable].