[The below table has been created to auto-populate key terms throughout the document. For proper function, use of Microsoft 2007 or later is required. If using a previous version of Word, follow the instructions below for removing the bookmark table and related instructions.

**Populating the bookmark table.** To populate the table and auto-populate the terms throughout the document, use the following steps:

1. Update the values for each of the data fields in the table below by highlighting the text between the carets (< >) and typing the appropriate value. After entering the value, delete the carets.
2. Press Ctrl+A to select all text in the main document sections.
3. Press F9 to update the field references. If a box appears asking to update the Table of Contents, select “Update entire table” and press OK.
4. Double click on the header. Press Ctrl+A to select all header text.
5. Press F9 to update the field references in the header.
6. If the header does not populate throughout the document, steps 5 and 6 should be repeated for each header section in the document.
7. Double click on the footer, and press Ctrl+A to select all footer text.
8. Press F9 to update the field references in the footer.
9. If the footer does not populate throughout the document, steps 8 and 9 should be repeated for each footer section in the document.
10. To correct any issues with the Table of Contents, right-click on any line of the Table of Contents, ensuring that the whole table is highlighted in light gray, then click “Update Fields” followed by “Update entire table.”

|  |  |
| --- | --- |
| **Data Field (bookmarkName)** | **Value** |
| Plan name (planName) | <plan name> |
| Toll-free Number (tollfreeNumber) | <toll-free number> |
| Days and Hours of Operation (daysAndHoursOfOperation) | <days and hours of operation> |
| Web Address (webAddress) | <web address> |
| Start Date (startDate) | <start date> |
| End Date (endDate) | <end date> |
| Sponsor Name (sponsorName) | <sponsor name> |
| Member Services Name (memberServicesName) | <member services name> |
| Plan Legal or Marketing Name (planLegalOrMarketingName) | <plan legal or marketing name> |
| State Medicaid Name (stateMedicaidName) | Rhode Island Medicaid |
| State Required Disclaimers (stateRequiredDisclaimers) | If you get or become eligible for long-term services and supports, you may have to pay part of the cost of these services. This amount is determined by Rhode Island Medicaid |
| Name for Care Coordinator (nameForCareCoordinator) | <name for care coordinator> |
| Name of Care Team (nameOfCareTeam) | <name of care team> |
| State-specific Demonstration Program (statespecificDemonstrationProgram) | Integrated Care Initiative |
| State Name (stateName) | Rhode Island |
| Service Area Counties (serviceAreaCounties) | <service area counties> |
| Service Area Partial Counties (serviceAreaPartialCounties) | <service area partial counties> |
| Service Area Zip Codes (serviceAreaZipCodes) | <service area zip codes> |
| Name of plan members (memberName) | Member |

*Note: Plan should pay attention to grammar and capitalization and review the document to ensure the populated bookmarks appear appropriately throughout.*

***Correcting error messages in the document.*** *If an error message appears in the document indicating that the source could not be found (shown below), a bookmark may have been deleted.*

Signo de pregunta blanco, el cual aparece en un cuadro negro en la parte de abajo de la página, al lado de la información de contacto del plan.

*To recreate a bookmark, plan should use the following steps:*

1. *In the document, highlight the value that is not updating or the error message.*
2. *On the Insert ribbon tab, in the Links group, select Bookmark.*
3. *Find and select the bookmark name (found within parentheses next to the data field name in the bookmark table above) from the available list and click “Add.”*
4. *If the value does not appear in the list, enter the bookmark name exactly as written in the bookmark table into the “Bookmark name” field and press “Add.”*
5. Return to the instructions found before the bookmark table, beginning at Step 2, to update the bookmarks throughout the document.
6. *Repeat steps 1-5 for each additional value showing an error in the document.*

***Moving a tagged field.*** *To move a tagged field to another location within the document, use the following steps:*

1. Highlight the entire tagged field and any surrounding text you want to move or copy and press Ctrl+C to make a copy, leaving the original in place, or Ctrl+X to move the field, removing the original.
2. Place the cursor where the copied text should begin, and press Ctrl+V.
3. Ensure the field has remained intact by placing the cursor anywhere within the field. The entire field should have a light gray background.
4. If the field’s background is not light gray, press Ctrl+Z to undo the previous steps.
5. Repeat the previous steps, being careful to highlight the entire field before pressing either Ctrl+C or Ctrl+X

**Removing the bookmark table and related instructions.** Oversight and monitoring entities (such as MMCO or individual states) must **not** remove the bookmark table or any of the relevant plan instructions even after they have entered values. Instead, the MMP should utilize the following instructions to remove the bookmark table and plan instructions only after all information has been entered and the document is final or if the MMP chooses to manually populate the document:

1. Convert tagged fields into untagged text.
   1. Select all text within the body of the document by placing the cursor anywhere in the document and pressing Ctrl+A.
   2. Press Ctrl+F9 to convert all tagged fields in the main body of the document to untagged text.
      1. Note: After this step, changes made to the bookmarks will not update the tagged fields in the main body of the document.
   3. Double click within the header and press Ctrl+A to highlight all header text.
   4. Press Ctrl+F9 to convert all tagged fields in the header to untagged text. Steps c and d should be repeated for each header section in the document
      1. Note: After this step, changes made to the bookmarks will not update the tagged fields in the document’s header.
   5. Double click within the footer and press Ctrl+A to highlight all footer text.
   6. Press Ctrl+F9 to convert all tagged fields in the footer to untagged text. Steps e and f should be repeated for each footer section in the document.
      1. Note: After this step, changes made to the bookmarks will not update the tagged fields in the document’s footer.
2. Delete all plan instruction pages prior, including these instructions and the bookmark table.
3. Ensure that all text generated from the recently converted tagged fields has remained intact in the header, footer, and main body of the document.]

<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 is subject to the notice requirements under Section 1557 of the Affordable Care Act. For more information, refer to* [*https://www.hhs.gov/civil-rights/for-individuals/section-1557*](https://www.hhs.gov/civil-rights/for-individuals/section-1557)*.*]
* [*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 Marketing Material ID.*]
* [The plan must revise references to “Medicaid” to use the state-specific name for the program throughout the handbook. If the state-specific name does not include the word “Medicaid,” plan should add “(Medicaid)” after the name at the first use.]
* [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/TDD 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 continues 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 beneficiary name.]  
[Optional: Insert beneficiary 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 una institución de enfermería especializada 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/TDD 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 <member services name> al <toll-free number>, <days and hours of operation>. Los usuarios de TTY deben llamar al <TTY number>.

[Plan must also describe how members can make a standing request to get materials, now and in the future, in a language other than English or in an alternate 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 an overall Table of Contents for the Member Handbook after the Member Handbook Introduction and before the Member Handbook Disclaimers.]
* La cobertura de <plan name> califica como cobertura esencial mínima (MEC). 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 Impuestos Internos (IRS) en [www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families](file:///C:\Users\578700\Desktop\MM%20MSC\www.irs.gov\Affordable-Care-Act\Individuals-and-Families) para obtener más información sobre el requisito de responsabilidad compartida para individuos de la cobertura esencial mínima.
* Si usted recibe o es elegible para servicios y respaldos a largo plazo, posiblemente tenga que pagar parte del costo de esos servicios. La cantidad la determina Medicaid de Rhode Island.
* [Consistent with the formatting in this section, the plan may insert additional bulleted disclaimers or state-required statements, including state-required disclaimer language, here.]

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 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> 11](#_Toc517548267)

[B. Información sobre Medicare y Medicaid 11](#_Toc517548268)

[B1. Medicare 11](#_Toc517548269)

[B2. Medicaid 11](#_Toc517548270)

[C. Ventajas de este plan 12](#_Toc517548271)

[D. Área de servicio de <plan name> 13](#_Toc517548272)

[E. Qué le hace elegible para ser miembro del plan 13](#_Toc517548273)

[F. Qué esperar al inscribirse por primera vez en un plan de salud 13](#_Toc517548274)

[G. Su plan de cuidado de salud 14](#_Toc517548275)

[H. Cuota mensual de <plan name> 14](#_Toc517548276)

[I. El *manual del miembro* 14](#_Toc517548277)

[J. Otra información que le enviaremos 14](#_Toc517548278)

[J1. Su tarjeta de identificación como miembro de <plan name> 15](#_Toc517548279)

[J2. Directorio de proveedores y farmacias 15](#_Toc517548280)

[J3. Lista de medicamentos cubiertos 16](#_Toc517548281)

[J4. Explicación de beneficios 17](#_Toc517548282)

[K. Cómo mantener actualizado su expediente de miembro 17](#_Toc517548283)

[K1. Privacidad de su información de salud personal (PHI) 18](#_Toc517548284)

**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 <name for care coordinator> y un <name of care team> que le ayudarán, coordinando todos sus proveedores y servicios, que trabajan conjuntamente para darle el cuidado que usted necesita.

<plan name> fue aprobado por el estado de Rhode Island y por los CMS (Centros para 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 Medicaid de Rhode Island.

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 Medicaid por medio de nuestro plan, siempre y cuando:

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

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

**C. Ventajas de este plan**

Usted recibirá todos los servicios cubiertos por Medicare y 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 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 de cuidado de salud armado con su ayuda. Su equipo de 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 <name for care coordinator>, 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 <name of care team> y <name for care coordinator>.
* Su <name of care team> y <name for care coordinator> trabajarán con usted para preparar un plan de cuidados personales, diseñado para satisfacer sus necesidades de salud. El <name of care team> estará a cargo de coordinar los servicios que usted necesita. Por ejemplo:
  + Su <name of care team> se asegurará de informar a sus proveedores todos los medicamentos que usted toma, para reducir los posibles efectos secundarios.
  + Su <name of care team> 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:

* vive en nuestra área de servicio, **y**
* tiene Medicare Parte A y Medicare Parte B, **y**
* es ciudadano de Estados Unidos o está presente legalmente en los Estados Unidos, **y**
* es elegible para 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 beneficiary, 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 de salud**

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

Después de su evaluación, su <name of care team> se reunirá con usted, para hablar sobre los servicios de salud que necesita y quiere. Juntos, usted y su <name of care team>, prepararán su plan de cuidados.

Cada año, su <name of care team> trabajará con usted para actualizar su plan de cuidados 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 <member services name> 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 que le identifica como 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 como miembro de <plan name>

Con nuestro plan, usted sólo tendrá una tarjeta para sus servicios de Medicare y 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 <member services name> 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 Medicaid para recibir servicios. Guarde esa tarjeta en un lugar seguro, en caso que la necesite más adelante. Usted tendrá que seguir usando su tarjeta de Medicaid para los servicios dentales y de transporte.Si muestra su tarjeta de Medicare en lugar de su tarjeta de identificación de miembro del plan <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 excepciones cuando 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 <member services name> 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, instituciones 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 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. Esta cantidad la determina el Programa Medicaid de Rhode Island.

**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 <member services name> al <toll free number> para obtener más información. Tanto <member services name> 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 recetados. Este resumen se llama *Explicación de beneficios* (*EOB*).

En la *Explicación de beneficios* 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. En el Capítulo 6 se ofrece más información sobre la *Explicación de beneficios* y cómo le ayudará a llevar un registro de la cobertura de sus medicamentos.

Una *Explicación de beneficios* también está disponible para quien la solicite. Para obtener una copia, comuníquese con <member services name>.

[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 una institución de enfermería especializada 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 <member services name> al <toll free number>.

[If the plan allows members to update this information online may describe that option here.]

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

La información en su registro de membresía puede contener información de salud 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].