<Plan name>*Manual del participante*

* [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 (Participant 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 Participants. Plans should not enter ANOC AMD information for October 1, November 1, or December 1 effective enrollment dates or for January 1 effective enrollment dates for any new Participants.]
* [Plans are 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)*.*]
* [Plans may add a front cover to the Participant Handbook that contains information such as the plan name, Participant Handbook title, and contact information for Participant Services. Plans may add a logo and/or photographs to the front cover as long as these elements do not make it difficult for Participants to read other information on the cover. If plans add a front cover, it must contain the Marketing Material ID.]
* [Where the template uses “medical care,” “medical services,” or “health care services” to explain services provided, plans may revise and/or add references to long-term services and supports and/or home and community-based services as applicable.]
* [Plans must change references to “member,” “customer,” “enrollee,” or “beneficiary” to “Participant.”]
* [Where the template instructs inclusion of a phone number, FIDA Plans must ensure it is a toll-free number and include a toll-free TTY/TDD number and days and hours of operation.]
* [Plans should refer Participants 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 [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 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 Participant 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>**

[Plans: 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 participante***

Este manual habla de la cobertura de su seguro de salud bajo <plan name> (Medicare-Medicaid Plan) desde el momento en que usted se inscribe en <plan name> hasta <end date>. Explica cómo <plan name> cubre los servicios de Medicare y Medicaid, incluyendo cobertura de medicamentos sin costo para usted. También explica los servicios de cuidado de salud, de salud del comportamiento, de medicamentos de receta y los servicios y respaldos a largo plazo que <plan name> cubre. Los servicios y respaldos a largo plazo incluyen cuidado a largo plazo en instituciones y servicios y apoyos a largo plazo con base en la comunidad. Los servicios y apoyos a largo plazo, proveen el cuidado que usted necesita en su hogar y en la comunidad, y ayudan a disminuir las posibilidades de ir a una institución de enfermería especializada o a un hospital. Términos clave y sus definiciones se encuentran en orden alfabético en el último capítulo del *Manual del participante*.

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

<Plan name> es un Plan FIDA (Fully Integrated Duals Advantage u Organización integral para personas elegibles para ambos programas) que es ofrecido por [insert sponsor name]. Cuando en este *Manual del participante* 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 Participant Services phone and TTY/TDD numbers, and days and hours of operation*]. La llamada es gratuita. [*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, braille o audio. Llame al [insert Participant Services toll-free phone and TTY/TDD numbers and days and hours of operation].

[Plans must simply describe how they will request a Participant’s preferred language and/or format and keep the information as a standing request for future mailings and communications. Plans must also describe how a Participant can change a standing request for preferred language and/or format.]

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

**Renuncias de garantías**

* [*Plans must include all applicable disclaimers as required in the Medicare Communications and Marketing Guidelines and State-specific Marketing Guidance.*]
* 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](http://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 mínim
* El estado de New York ha creado un programa de ombudsman para Participantes , llamado Independent Consumer Advocacy Network (ICAN) que es para proveer ayuda confidencial y gratuita para cualquier servicio ofrecido por <plan name>. Se puede comunicar con ICAN al teléfono gratuito 1-844-614-8800 o por internet al [icannys.org](http://icannys.org/). (Los usuarios de TTY deben llamar al 711 y seguir las indicaciones para llamar al 844-614-8800.)
* [Plans may insert additional disclaimers or state-required statements, including state-required disclaimer language, here.]

Capítulo 1: Cómo comenzar como participante

Introducción

Este capítulo incluye información sobre <plan name>, un plan de salud que cubre todos sus servicios de Medicare y Medicaid, y su participación en éste. 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 participante*.

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

Tabla de Contenido

[A. Bienvenido a <plan name> 8](#_Toc522203355)

[B. Información sobre Medicare y Medicaid 8](#_Toc522203356)

[B1. Medicare 8](#_Toc522203357)

[B2. Medicaid 8](#_Toc522203358)

[C. Las ventajas del Plan FIDA 9](#_Toc522203359)

[D. El área de servicio de <plan name> 10](#_Toc522203360)

[E. Qué lo hace elegible para ser participante del plan 11](#_Toc522203361)

[F. Qué esperar al inscribirse por primera vez en un Plan FIDA 12](#_Toc522203362)

[G. Su Plan de cuidado de salud personalizado 12](#_Toc522203363)

[H. La cuota mensual de <plan name> 13](#_Toc522203364)

[I. El *Manual del participante* 13](#_Toc522203365)

[J. Otra información que recibirá de nuestra parte 13](#_Toc522203366)

[J1. Su Tarjeta de identificación como participante de <plan name> 13](#_Toc522203367)

[J2. *Directorio de proveedores y farmacias* 14](#_Toc522203368)

[J3. *Lista de medicamentos cubiertos* 15](#_Toc522203370)

[J4. *Explicación de beneficios* 15](#_Toc522203371)

[K. Cómo mantener actualizado su expediente de Participante 16](#_Toc522203372)

[K1. La privacidad de su información personal (PHI, por sus siglas en inglés) 17](#_Toc522203373)

# Bienvenido a <plan name>

<Plan name> es un plan FIDA (Fully Integrated Duals Advantage plan u Organización integral para personas elegibles para ambos programas). Un plan FIDAes una organización compuesta por médicos, hospitales, farmacias, proveedores de servicios, respaldos a largo plazo y otros proveedores. Además, incluye administradores de cuidados y equipos interdisciplinarios de cuidados (IDTs) que le ayudarán, coordinando todos sus proveedores y servicios. Ellos trabajan conjuntamente para darle el cuidado que usted necesita.

<Plan name> fue aprobado por el estado de New York y por los Centros para servicios de Medicare y Medicaid (CMS) para ofrecerle servicios como parte del plan FIDA piloto.

FIDA es un plan piloto administrado conjuntamente por el estado de New York 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 cuidado de salud de Medicare y Medicaid. En el presente, este plan piloto está programado a terminar el 31 de diciembre de 2018.

[Plan can include language about itself.]

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

Cada estado decide:

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

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

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

* Usted sea elegible para participar en el Plan piloto de FIDA,
* Nosotros decidamos ofrecer el plan FIDA, y
* Medicare y el estado de New York aprueben que <plan name> participe en el Plan piloto de FIDA.

Si nuestro plan se cancela en algún momento, su elegibilidad para recibir servicios de Medicare y Medicaid no cambiará.

# Las ventajas del Plan FIDA

En el Plan piloto FIDA, usted recibirá todos los servicios cubiertos por Medicare y Medicaid a través de <plan name>, incluyendo los servicios y soportes a largo plazo (LTSS) y medicamentos de receta. **Usted no tiene que hacer ningún pago adicional para inscribirse o recibir servicios de este plan**. Sin embargo, si usted tiene Medicaid con “reducción por gastos” o “exceso de ingresos”, usted tendrá que seguir pagando su reducción por gastos al Plan FIDA.

<Plan name> ayudará a que sus beneficios de Medicare y Medicaid funcionen mejor juntos y que funcionen mejor para usted. Estas son algunas de las ventajasque tendrá cuando participe en <plan name>:

* Usted podrá trabajar con **un** plan de salud para **todas** sus necesidades de seguro de salud.
* Usted tendrá un Equipo interdisciplinario de cuidado de salud armado con su ayuda.
  + Un Equipo interdisciplinario (IDT) es un grupo de personas que conocerán sus necesidades y que trabajarán con usted para formular y llevar a cabo un plan de servicios centrado en sus necesidades específicas.
  + Su IDT podría incluir administrador de cuidados, doctores, proveedores de servicios, u otros profesionales de la salud, que le ayudarán a obtener el cuidado que necesita.
* Usted tendrá un Administrador de cuidados. Esta persona 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 de cuidados y del Administrador de cuidados.
* El Equipo de cuidados y el Administrador trabajarán con usted para preparar un plan de cuidados personales, específicamente diseñado para atender sus necesidades de salud. El Equipo de cuidados estará a cargo de coordinar los servicios que usted necesita. Por ejemplo:
  + Su IDT se asegurará de informar a sus médicos todos los medicamentos que usted toma, para reducir los posibles efectos secundarios.
  + Su IDT se asegurará de que los resultados de sus exámenes sean enviados a todos sus médicos y otros proveedores.
  + Su IDT le ayudará a hacer sus citas y a llevarlo a sus citas con sus médicos y otros proveedores.

# 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 servicios incluye estos condados en <State>: <counties>.

For partially approved counties, use county name plus ZIP code, for example: Nuestra área de servicios incluye partes del condado de <county> con estos códigos postales: <ZIP codes>.

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 way that is easy to understand.]

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

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

# Qué lo hace elegible para ser participante del plan

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

* usted viva en nuestra área de servicio;
* usted tiene derecho a recibir Medicare Parte A, está registrado en Medicare Parte B, y es elegible para Medicare Parte D;
* es elegible para Medicaid;
* es ciudadano de Estados Unidos o está presente legalmente en los Estados Unidos;
* tiene 21 años o más al inscribirse;
* necesita por lo menos estar 120 días en una institución basada en la comunidad LTSS o está en una institución de enfermería especializada que es clínicamente elegible y recibe servicios de apoyo a largo plazo en una institución; y
* si usted no está excluido de registrarse de acuerdo a las siguientes exclusiones.

Usted no podrá unirse al plan si:

* es residente de una institución de Salud Mental de New York (OMH) o de una institución siquiátrica;
* está recibiendo servicios del sistema de la Oficina del estado para personas con discapacidades del desarrollo (OPWDD), ya sea que reciba servicios en un centro o institución de OPWDD, servicios a través de una exclusión, aunque usted pudiera estar recibiendo servicios en una ICF/IID pero ha renunciado a ellos, o de otra manera.
* espera ser elegible para Medicaid por menos de seis meses;
* es elegible para los beneficios de Medicaid solamente relacionados a servicios de tuberculosis, cáncer del seno, o cáncer del cuello del útero;
* está recibiendo servicios de hospicio (en el momento de registrarse);
* es elegible para el programa de expansión de planificación familiar;
* es residente de un programa a largo plazo de abuso de alcohol o sustancias;
* es elegible para Medicaid de emergencia;
* está registrado en un programa de exclusión 1915 (c) por Lesiones cerebrales traumáticas (TBI);
* participa y vive en un Programa de vida con respaldo; o
* está en un Programa piloto de adopción de cuidado de familia.

# Qué esperar al inscribirse por primera vez en un Plan FIDA

Al inscribirse por primera vez en el plan, usted recibirá una evaluación integral de riesgos de salud dentro de los primeros 90 días o dentro de los seis meses después de su última evaluación, si usted se unió a <plan name> de <MLTC plan name>. La evaluación será llevada a cabo por una enfermera registrada de <plan name>.

**Si <plan name> es nuevo para usted**, puede seguir viendo a los médicos y recibir los servicios que tiene actualmente por cierta cantidad de tiempo. Esto se llama “período de transición”. En la mayoría de los casos, el período de transición durará 90 días o hasta que el plan de servicio personalizado esté completo y sea implementado, lo que suceda último.

Después del período de transición, 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 *<*plan name*>.* En el Capítulo 3 [plans may insert reference, as applicable] encontrará más información sobre cómo obtener cuidado de salud.

Existen dos excepciones al período de transición que describimos anteriormente:

* Si usted vive en una institución de enfermería especializada, puede continuar viviendo en esa institución mientras dure el Plan piloto FIDA, aún cuando el centro de cuidados no participe en la red de <plan name>.
* Si usted está recibiendo servicios de un proveedor de salud del comportamiento en el momento de su registración, puede continuar recibiendo los servicios de ese proveedor hasta que el tratamiento termine, pero no por más de dos años, aún cuando el proveedor no participe en la red de <plan name>.

# Su Plan de cuidado de salud personalizado

Dentro de los primeros 90 días desde la fecha de vigencia de su inscripción, su Equipo de trabajo interdisciplinario (IDT) se reunirá con usted, para hablar sobre los servicios de salud que necesita y prepararán un Plan de cuidado de salud personalizado (PCSP). Un Plan de cuidado de salud personalizado es un plan para los servicios de salud, servicios y respaldos a largo plazo, y para los medicamentos que usted recibirá y cómo los recibirá.

Cuando sea necesario, pero por lo menos cada seis meses, su equipo de cuidados trabajará con usted para actualizar su plan de cuidados. Dentro de los 30 días de la actualización, su equipo de cuidados trabajará con usted para actualizar su plan de cuidados de salud personalizado. Usted puede pedir una evaluación nueva o una actualización de su plan en cualquier momento hablando con su Administrador de cuidados.

# La cuota mensual de <plan name>

No hay una cuota mensual ni otros costos por participar en <plan name>. Sin embargo, si usted tiene Medicaid con “reducción por gastos” o “exceso de ingresos”, usted tendrá que seguir pagando su reducción por gastos al Plan FIDA.

# El *Manual del participante*

Este *Manual del participante* 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 [plans may insert reference, as applicable] o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), o llame a Independent Consumer Advocacy Network al 1-844-614-8800. También puede cuestionar la calidad de los servicios que le damos, llamando a Servicios al participante al <phone number>.

Puede pedir un *Manual del participante* llamando a Servicios al participante al <phone number>. También puede ver el *Manual del participante* en <web address> o descargarlo de este sitio web. [Plans may modify language if the Participant Handbook will be sent annually.]

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

# Otra información que recibirá de nuestra parte

Usted ya debe haber recibido una Tarjeta que le identifica como participante de <plan name>, [insert if applicable: información sobre cómo acceder a] un *Directorio de proveedores y farmacias* [plans that limit DME brands and manufacturers insert: una Lista de equipo médico duradero] y [insert if applicable: información sobre cómo acceder a] una *Lista de medicamentos cubiertos*.

## J1. Su Tarjeta de identificación como participante 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 Participant 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 participante y le enviaremos una tarjeta nueva.

Mientras usted sea Participante de nuestro plan, no tendrá que usar su tarjeta de Medicare (roja, blanca y azul) ni su tarjeta de Medicaid para recibir servicios. Guarde esas tarjetas en un lugar seguro, en caso que las necesite más adelante. 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>). También existen excepciones si usted no encuentra un proveedor que pueda atender sus necesidades. Tendrá que hablar sobre esto con su Equipo interdisciplinario (IDT).

Usted puede pedir un *Directorio de proveedores y farmacias* llamando a Servicios al Participanteal <toll-free number>. También podrá encontrar y descargar el *Directorio de proveedores y farmacias* en <web address>.[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:
  + Médicos, enfermeras y otros profesionales del cuidado de la salud con quienes puede ir como Participante de nuestro plan;
  + Clínicas, hospitales, instituciones de enfermería especializada y otros sitios que proporcionan servicios de salud en nuestro plan; 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 por los servicios cubiertos como pago total. Al visitar estos proveedores, usted no tendrá que pagar nada por los servicios cubiertos.

**Definición de farmacias de la red**

* Las farmacias de la red son farmacias que han acordado surtir recetas para los Participantes 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. No existe costo para usted cuando recibe los medicamentos a través de las farmacias de la red.

Llame a Servicios al participante al <toll-free phone number> para obtener más información. Tanto Servicios al participante como el sitio web de <plan name>, le darán la información más actualizada sobre los cambios en nuestra red de farmacias y proveedores.

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

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

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 equipo médico duradero que cubrimos. La lista más reciente de marcas, fabricantes y proveedores también está disponible en nuestro sitio web en <website address>. Lea el Capítulo 4, [plans may insert reference, as applicable] para más información sobre equpipo DME.]

## 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 [plans may insert reference, as applicable] encontrará más información sobre estas reglas y restricciones.

Cada año, le enviaremos [insert if applicable: información sobre cómo acceder a] la Lista de medicamentos, pero 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 phone 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 ha gastado de la Parte D por medicamentos de receta durante el mes. En el Capítulo 6 se ofrece más información sobre la *Explicación de beneficios* y cómo le ayudarán a llevar un registro de la cobertura de sus medicamentos.

La *Explicación de beneficios* también está disponible cuando usted la pida. Para obtener una copia, comuníquese con Servicios al participante.

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

# Cómo mantener actualizado su expediente de Participante

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

Usted puede mantener actualizado su expediente del Participante avisándonos cuando cambie su información.

Los proveedores y farmacias de la red del plan necesitan tener su información correcta. **Ellos utilizarán su expediente para saber qué servicios y medicamentos usted recibe y cuánto le costará.** 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 forma parte en una investigación clínica.

Si algún dato cambia, por favor infórmenos llamando a Servicios al participante al <phone number>.

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

## K1. La privacidad de su información personal (PHI, por sus siglas en inglés)

La información en su registro de participante puede incluir 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 el Capítulo 8 [plans may insert reference, as applicable].