Instructions to Health Plans

* [*Plans may add a cover page to the Summary of Benefits. Plans may include the Marketing Material ID only on the cover page.*]
* [*Where the template instructs inclusion of a phone number, 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 note that any reference to a “Participant Handbook” is also a reference to the Evidence of Coverage document.*]
* [*Plans 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, plans should provide specific information about need for prior authorization, utilization management restrictions for drugs, permissible OON services, and applicable cost sharing (if different than in-plan cost sharing).*]
* [*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 place a QR code on materials to provide an option for Participants to go online.*]
* [Wherever possible, plans are encouraged to adopt good formatting practices that make information easier for English-speaking and non-English speaking enrollees to read and understand. The following are based on input from beneficiary interviews:
* *Format a section, chart, table, or block of text to fit onto a single page. In instances where plan-customized information causes an item or text to continue to 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 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 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>. 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. Renuncias de garantías 4](#_Toc522182180)

[B. Preguntas frecuentes 5](#_Toc522182181)

[C. Resumen de servicios 13](#_Toc522182182)

[D. Otros servicios que cubre <plan name> 22](#_Toc522182183)

[E. Beneficios cubiertos fuera de la red de <plan name>: 22](#_Toc522182184)

[F. Servicios que <plan name>, Medicare y Medicaid no cubren 23](#_Toc522182185)

[G. Sus derechos como Participante del plan 23](#_Toc522182186)

[H. Cómo presentar una queja o apelar un servicio que negamos 25](#_Toc522182187)

[I. Qué hacer si usted sospecha algún fraude 26](#_Toc522182188)

A. Renuncias de garantías

Éste es un resumen de los servicios médicos cubiertos por <plan name> para <date>. Éste sólo es un resumen. Lea el Manual del participante para ver la lista completa de beneficios.

* [*Plans must include all applicable disclaimers as required in the Medicare Communications and Marketing Guidelines and State-specific Marketing Guidance.*]
* Con <plan name>, usted puede obtener sus servicios de Medicare y de Medicaid en un sólo plan de salud administrado llamado Plan FIDA. Un Administrador de cuidados de <plan name> le ayudará a administrar sus necesidades de cuidado de salud.
* Ésta 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 lea el Manual del participante.
* ATENCIÓN: Si habla [*insert language of the disclaimer*], tiene disponible los servicios de asistencia de idioma gratis. Llame al [*insert Member 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*]. La llamada es gratuita.
* [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.]
* El estado de New York creó un programa del ombudsman del Participante, llamado Independent Consumer Advocacy Network (ICAN), para proporcionarle a los participantes asistencia gratuita y confidencial para los servicios que ofrece <plan name>. Para comunicarse con ICAN, llame al 1-844-614-8800 o por internet en [icannys.org](http://icannys.org/). (Los usuarios de TTY deben llamar al 711 y luego seguir las indicaciones para marcar 844-614-8800.)



**B. Preguntas frecuentes**

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

[Plans may add a maximum of two additional FAQs to this section. For example, plans may add an FAQ giving additional information about their 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 (Organización integral para personas elegibles para ambos programas)? | Un plan FIDA (Organización integral para personas elegibles para ambos programas) es una organización compuesta por médicos, hospitales, farmacias, proveedores de servicios a largo plazo y otros proveedores. También tiene Administradores de cuidados y Equipos interdisciplinarios, quienes le ayudan a administrar a todos sus proveedores y servicios. Estos trabajan juntos para darle los cuidados que usted necesite. <Plan name> es un Plan FIDA que le proporciona beneficios de Medicaid y Medicare a los Participantes de FIDA. |
| ¿Qué es un Administrador de cuidados y Equipo interdisciplinario (IDT) de <plan name>? | Un Administrador de cuidados de <plan name> es la persona principal a quién llamar. 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 Equipo interdisciplinario (IDT), que también le incluye a usted y su representante(s). Usted también puede decidir que cualquiera de las personas siguientes participen en todas o cualquiera de las reuniones de su IDT:   * Su Proveedor de cuidados primarios (PCP) o un representante del consultorio de su PCP (o de su práctica) que tenga experiencia clínica y conocimiento de sus necesidades; * Su Proveedor de salud del comportamiento (BH), si tiene uno, o un representante del consultorio de su BH (o de su práctica) que tenga experiencia clínica y conocimiento de sus necesidades; * La persona que lo ayuda con los cuidados en el hogar, o un representante con experiencia clínica de la agencia de cuidados en el hogar, que tiene conocimiento de sus necesidades; si usted está recibiendo cuidados en el hogar; * Un representante clínico del centro de enfermería, si usted está recibiendo cuidados en este tipo de establecimiento; y * Otras personas incluyendo: * Otros proveedores que usted o su representante pidan, o que sean recomendados por los miembros del IDT cuando sea necesario para planear adecuadamente sus cuidados de salud y aprobados por usted o su representante; o * La enfermera registrada (RN) que ha completado su evaluación. |
| ¿Qué son los servicios y respaldos a largo plazo? | Los servicios y respaldos a largo plazo proporcionan ayuda a las personas que necesitan asistencia para realizar tareas cotidianas como bañarse, vestirse, hacer la comida, y tomar medicamentos. La mayoría de estos servicios son proporcionados en el hogar o en su comunidad pero pueden ser proporcionados en un centro de enfermería u hospital. |
| ¿Puedo dirigir mi propio cuidado o contratar a las personas que me proveen asistencia? | Usted tiene derecho de dirigir su propio cuidado, seleccionando Servicios de asistencia personal dirigida por el consumidor (CDPAS). A través de CDPAS, usted puede contratar a las personas que le proveen asistencia y tomar otras decisiones sobre cómo recibir 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 le 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 usted podría recibir algunos beneficios de la misma manera que ahora, fuera del plan. Estos beneficios incluyen: los Servicios de hospicio, Servicios de planificación familiar fuera de la red, el Programa de tratamiento de manutención con metadona, y Terapia de observación directa para la Tuberculosis.  Cuando se inscriba en <plan name>, usted y su Equipo interdisciplinario (IDT) trabajarán juntos para hacer un Plan de cuidados individualizado (PCSP) para atender sus necesidades de salud y respaldo. Cuando usted se una a <plan name>, usted podrá seguir viendo a sus médicos y recibiendo los servicios que recibe ahora por 90 días, o hasta que terminemos su PCSP, lo que ocurra último. Cuando usted se une a nuestro plan, si toma algún medicamento de receta de Medicare Parte D que <plan name> no cubra normalmente, usted podrá obtener un suministro temporero. Le ayudaremos a obtener otro medicamento o una excepción para que <plan name> cubra su medicamento, si es médicamente necesario. |
| ¿Puedo consultar los mismos médicos que consulto ahora? | Generalmente este es el caso. Si sus proveedores (incluyendo médicos, terapeutas y farmacias) trabajan con <plan name> y tienen contrato con nosotros, usted podrá seguir viéndolos.   * Los proveedores que tienen acuerdos con nosotros se consideran “dentro de la red”. Usted debe usar proveedores de la red de <plan name>, a menos que <plan name> o su IDT le hayan autorizado consultar un proveedor fuera de la red. * Si necesita cuidados urgentes, de emergencia o servicios de diálisis fuera del área, usted puede usar proveedores fuera del área del plan de <plan name>. [Plans may insert additional exceptions as appropriate.]   Para saber si sus médicos están dentro de la red del plan, llame a Servicios al participante o lea el Directorio de proveedores y farmacias de <plan name>.  Si <plan name> es nuevo para usted, usted puede continuar consultando a los médicos que ve ahora por 90 días o hasta que terminemos su PCSP, lo que ocurra último. Si actualmente recibe servicios de salud del comportamiento, su Equipo interdisciplinario (IDT) revisará su episodio de cuidado actual para decidir si usted puede continuar sus servicios con el mismo proveedor que ve ahora. Si deciden que usted puede seguir viendo el mismo proveedor, usted podrá seguir viendo ese proveedor por 24 meses después de que se inscriba en <plan name>. |
| ¿Puedo permanecer en el mismo centro de enfermería en el que vivo ahora? | Sí. Si usted vive en un centro de enfermería cuando se inscriba en <plan name>, usted puede permanecer en ese centro de enfermería por todo el tiempo que usted participe en un Plan FIDA como <plan name>, aunque ese centro de enfermería esté fuera de la red y no participe con <plan name>. |
| ¿Qué sucederá si necesito algún servicio pero ningún proveedor de la red de <plan name> puede proporcionármelo? | 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: [Plans should enter county **or** counties] Condados, <State>. Usted debe vivir en [plans should enter esta área **or** una de estas áreas] para unirse al plan. |
| ¿Tendré que pagar una cantidad mensual (también llamada cuota) con <plan name>? | Usted no pagará ninguna cuota mensual a <plan name> por su cobertura de salud. Tampoco tendrá copagos ni otros costos cuando reciba cuidados de proveedores de la red. |
| ¿Qué es una autorización previa? | Una pre-autorización o autorización previa significa que usted debe recibir una aprobación de <plan name> o su Equipo interdisciplinario (IDT) antes de recibir un servicio, artículo o medicamento o antes de ver un proveedor fuera de la red.   * Es posible que <plan name> no cubra el servicio, artículo o medicamento si usted no recibe una autorización de <plan name> o su IDT. Un pequeño número de servicios requieren autorización previa por parte de un especialista y no por <plan name> o su IDT. * Para obtener más información lea el Capítulo 4 de su Manual del participante. * <Plan name> también puede proveerle una lista de servicios o procedimientos que requieren que usted obtenga una pre-autorización de un proveedor que no pertenezca al IDT.   Algunos servicios como las emergencias o cuidados necesarios de urgencia, servicios de diálisis fuera del área, visitas al proveedor de cuidados personales y servicios de especialistas en salud para la mujer, no necesitan una pre-autorización. Para obtener una lista completa de los servicios que no necesitan una pre-autorización, lea el Capítulo 4 de su Manual del participante o llame a <plan name> para verificar cuales servicios requieren autorización previa. |
| **¿Qué es una referencia?** | Una referencia significa que su Proveedor de cuidados primarios le aprueba ver a alguien que no es su Proveedor de cuidados primarios. Las referencias no son necesarias en <plan name> y no será obligación obtenerlas. Sin embargo, debe seguir las reglas para las pre-autorizaciones. |
| ¿Con quién debo comunicarme si tengo alguna pregunta o necesito ayuda? (continúa en la página siguiente)  [Plans may modify the call-lines as appropriate] | **Si tiene alguna pregunta general o sobre nuestro plan, servicios, áreas de servicio, cobros o Tarjetas de identificación de participantes, por favor llame a Servicios al participante de <plan name>:**   | **LLAME AL** | <Toll-free phone number(s)>  Las llamadas a este número son gratuitas. <Days and hours of operation.> [*Include information on the use of alternative technologies*.]  Servicios al participante también tiene servicios gratuitos de intérprete de idiomas para las personas que no hablan inglés. | | --- | --- | | **TTY** | <Toll-free TTY/TDD phone number>  [*Insert if the plan uses a direct TTY number*: Este número es para las personas con problemas para oír o para hablar. Usted debe tener un equipo telefónico especial para llamar.]  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)  [Plans may modify the call-lines as appropriate] | **Si tiene preguntas sobre su salud, llame a la Línea de consejos de enfermeras:**   | **LLAME AL** | <Phone number>  Las llamadas a este número son gratuitas. <Days and hours of operation.> [*Include information on the use of alternative technologies*.] | | --- | --- | | **TTY** | <TTY/TDD phone number>  [*Insert if the plan uses a direct TTY number*: Este número es para las personas con problemas para oír o para hablar. Usted debe tener un equipo telefónico especial para llamar.]  Las llamadas a este número [insert if applicable: son **or** no son] gratuitas. <Days and hours of operation>. |   [*Insert if applicable:* **If you need immediate behavioral health services, please call the Behavioral Health Crisis Line:**   | **LLAME AL** | <Phone number>  Las llamadas a este número son gratuitas. <Days and hours of operation.> [*Include information on the use of alternative technologies*.] | | --- | --- | | **TTY** | <TTY/TDD phone number>  [*Insert if the plan uses a direct TTY number*: Este número es para personas con problemas para oír o para hablar. Usted debe tener equipo telefónico especial para llamar.]  Las llamadas a este número [insert if applicable: son **or** no son] gratuitas. <Days and hours of operation>.] | |

C. Resumen de servicios

La siguiente tabla es un resumen rápido de los servicios que posiblemente necesite, sus costos y las reglas de los beneficios. [*Plans 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)**. *Plans should add text in bold after the service title on the following page:* **<name of service> (continuación)**. *Plans 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, plans 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 beneficiaries 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) [Plans should provide specific information about: need for prior authorization, utilization management restrictions for drugs, and permissible OON services and applicable cost sharing (if different than in-network cost sharing).] |
| --- | --- | --- | --- |
| Usted quiere consultar a un médico (Este servicio continúa en la página siguiente). | Consultas para atender una lesión o enfermedad | $0 |  |
| Consultas de rutina, como un examen médico | $0 |  |
| Transporte al consultorio médico | $0 |  |
| Cuidados de un especialista | $0 |  |
| Cuidados para evitar que se enferme, como vacunas contra la gripe | $0 |  |
| **Usted quiere consultar a un médico (continuación)** | Consulta preventiva "Bienvenidos a Medicare" (una sola vez) | $0 |  |
| **Usted necesita análisis médicos** | Análisis de laboratorio, como de sangre | $0 |  |
| Radiografías u otras imágenes, como tomografías axiales computarizadas (CAT Scans) | $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  [Plans 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. Lea más información en la Lista de medicamentos cubiertos (Lista de medicamentos) de <plan name>.  [Plans must indicate if extended-day supplies are available at retail and/or mail order pharmacy locations.] |
| Medicamentos de marca | $0 para un suministro de [must be at least 30-day] días  [Plans 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. Lea más información en la Lista de medicamentos cubiertos (Lista de medicamentos) de <plan name>.  [Plans 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 venta libre | $0 | <Plan name> cubre algunos medicamentos de venta libre cuando su proveedor escribe una receta para ellos. Para más información lea la Lista de medicamentos cubiertos (Lista de medicamentos) de <plan name>. |
| Medicamentos de receta de Medicare Parte B | $0 | Los medicamentos de 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. Lea en el Manual del participante más información sobre estos medicamentos. |
| Usted necesita tratamiento después de una embolia o accidente | Terapia física, ocupacional o del habla | $0 |  |
| Usted necesita cuidados de emergencia | Servicios de sala de emergencias | $0 | [Plans must state that emergency room services must be provided OON and without prior authorization requirements.] |
| Servicios de ambulancia | $0 |  |
| Cuidados de urgencia | $0 | [Plans must state that urgent care services must be provided OON and without prior authorization 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 en el hogar | $0 |  |
| Cuidados 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 del 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 en el consumo de sustancias | $0 |  |
| Usted necesita servicios de salud mental a largo plazo | Cuidados como paciente interno 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 su vida en casa (Este servicio continúa en la página siguiente) | Alimentos llevados a su casa | $0 | [For all LTSS, indicate if services are only available to beneficiaries on a waiver.] |
| Servicios para el hogar, como limpieza o tareas domésticas | $0 |  |
| Cambios a su casa, como rampas y acceso para silla de ruedas | $0 |  |
| Servicios para el hogar, como limpieza o tareas domésticas | $0 |  |
| Cambios a su casa, como rampas y acceso para silla de ruedas | $0 |  |
| Asistente de cuidados personales  (Posiblemente pueda contratar su propio asistente. Llame a Servicios al participante para pedir más información.) | $0 |  |
| Usted necesita ayuda para su vida en casa (continuación) | Capacitación para ayudarle a obtener trabajos con paga o sin paga | $0 |  |
| Servicios de día para adultos u otros servicios de respaldo | $0 |  |
| Servicios de día para adultos u otros servicios de respaldo | $0 |  |
| Usted necesita un lugar dónde vivir con personas disponibles para ayudarle | Vida con asistencia u otros servicios de vivienda | $0 |  |
| Cuidados en una institución de enfermería especializada | $0 |  |
| La persona que le cuida necesita una pausa | Cuidados de respiro | $0 |  |

D. Otros servicios que cubre <plan name>

Ésta no es una lista completa. Llame a Servicios al participante o lea el Manual del participante para conocer sobre otros servicios cubiertos.

| Otros servicios que cubre <plan name> | Su costo por proveedores dentro de la red |
| --- | --- |
| [Insert special services offered by your program. This does not need to be a comprehensive list.] | $0 |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

E. Beneficios cubiertos fuera de la red de <plan name>:

Ésta no es una lista completa. Llame a Servicios al participante para informarse sobre otros servicios que no cubre <plan name>, pero 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.] | [Plans should include copays for listed services.] |
| Tratamiento de día | $0 |
| Servicios en un centro de maternidad autónomo | $0 |
| Servicios de planificación familiar fuera de la red |  |
| Programa de tratamiento de mantenimiento de metadona (MMTP) |  |
| Terapia para tuberculosis observada directamente (TB) |  |
| Servicios de hospicio | $0 |

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

Ésta no es una lista completa. Llame a Servicios al participante para informarse 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. However, this should include benefit categories that are carved out of the plan. Plans may consult Section G of Chapter 4 of the Participant Handbook for examples.] |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

G. 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 cuidados de salud de <plan name>. Le hablaremos de sus derechos por lo menos una vez al año. Para obtener más información sobre sus derechos, lea el Manual del participante. Ésta 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, etnicidad, origen nacional, religión, sexo, edad, discapacidad mental o física, orientación sexual, información genética, posibilidades de pago o capacidad para hablar inglés
* Recibir información en otros formatos a su pedido (p.ej.: en letras grandes, braille o audio)
* Estar libre de todo tipo de restricción o reclusión
* Que no le cobren los proveedores
* Que se contesten sus preguntas y preocupaciones completa y amablemente
* Ejercer libremente sus derechos sin ser sujeto a que lo traten negativamente <plan name> ni su proveedor
* **Usted tiene derecho a recibir información sobre sus cuidados de salud.** Esto incluye información sobre su 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 de cuidados de salud 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 personal (PCP) y usted puede cambiar su PCP en cualquier momento
* Participar en las reuniones del Equipo interdisciplinario acerca de su cuidado
* Recibir sus servicios y medicamentos cubiertos rápidamente
* Saber sobre 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 e implementar una directiva avanzada, como un testamento de declaraciones en vida o un representante para atención médica
* **Usted tiene derecho al acceso oportuno a cuidados de salud sin obstáculos de comunicación o de acceso físico.** Esto incluye el derecho a:
* Recibir cuidados de salud oportunamente
* Entrar y salir del consultorio de un proveedor de servicios médicos. Esto significa acceso libre sin obstáculos para personas con discapacidades, de acuerdo con la Ley de estadounidenses con discapacidades
* Tener intérpretes que le ayuden a comunicarse con sus médicos y con su plan de seguro de salud
* **Usted tiene derecho a buscar cuidados de emergencia y urgencia cuando los necesite.** Esto significa que usted tiene derecho a**:**
* Recibir servicios de emergencia sin aprobación previa en una emergencia
* Ver a un proveedor de servicios médicos 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 su propio cuidado o contratar las personas que le dan asistencia a través de los Servicios de asistencia personal dirigida por el consumidor
* **Usted tiene el derecho a quejarse sobre sus cuidados o servicios cubiertos.** Esto incluye el derecho a:
* Presentar una queja o reclamación 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.

H. 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, lea el Capítulo 9 del Manual del participante de <plan name>. También puede llamar a Servicios al participante de <plan name>.

Además, usted puede obtener ayuda de Independent Consumer Advocacy Network (ICAN). ICAN puede darle asistencia gratuita y confidencial para cualquiera de los servicios que ofrece <plan name>, incluyendo problemas en la calidad de los cuidados. Puede comunicarse con ICAN llamando al 1-844-614-8800 o por internet en [icannys.org](http://icannys.org/). (Los usuarios de TTY deben llamar al 711 y luego seguir las indicaciones para marcar 1-844-614-8800.)

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

I. Qué hacer si usted sospecha algún fraude

La mayoría de los profesionales de cuidados 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.

* Llámenos a Servicios al participante de <plan name>. Los números de teléfono están en la cubierta 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, 7 días a la semana.
* [Plans may also insert additional State-based resources for reporting fraud.]