*<Plan name> Manual del miembro*

* [Before use and under the appropriate, State-specific material code(s), plans must upload in HPMS either *only (1) a standalone ANOC and (2) a standalone EOC (Member 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 members. 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 members.]
* [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 Member Handbook that contains information such as the plan name, Member Handbook title, and contact information for Member Services. Plans 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 plans add a front cover, it must contain the Material ID.]
* [Plans must revise references to “Medicaid” to use Texas Medicaid throughout the handbook.]
* [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 may change references to “member,” “customer,” or “beneficiary” to whatever term they prefer.]
* [Where the template instructs inclusion of a phone number, plans must ensure it is a toll-free number and include phone and TTY numbers, and days and hours of operation.]
* [Plans should refer members to other parts of the handbook using the appropriate chapter number, section, and/or page number. For example, "vea el Capítulo 9, Sección A, página 1" An instruction [plans may insert reference, as applicable] is listed next to each cross reference throughout the handbook.]
* [Plans should ensure the Member Handbook is written at or below a 6th grade reading level in English and in Spanish or in the languages of other Major Population Groups if directed by Texas or CMS. The handbook must also be written using the style and preferred terms of the Consumer Information Tool Kit, which can be found at [*https://hhs.texas.gov/services/health/medicaid-chip/provider-information/texas-medicaid-chip-communications-resources*](https://hhs.texas.gov/services/health/medicaid-chip/provider-information/texas-medicaid-chip-communications-resources).]
* [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 Member Handbook, insert:* **Esta sección continúa en la página siguiente***).*
* *Ensure plan-customized text is in plain language and complies with reading level requirements.*
* *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

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

[Optional: Insert member name.]

[Optional: Insert member address.]

Introducción al Manual del miembro

Este manual habla de la cobertura de su seguro de salud bajo <plan name> hasta <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 (LTSS, por sus siglas en inglés). LTSS le ayudarán a permanecer en su hogar y en su comunidad en lugar de ir a una institución de cuidados especializados o a un hospital. Términos clave y sus definiciones se encuentra en orden alfabético en el último capítulo del *Manual del miembro*.

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

<Plan name> (un Plan de Medicare y Medicaid) es ofrecido por [insert sponsor name]. Cuando en este *Manual del miembro* 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*], hay disponibles para usted servicios de asistencia en su idioma sin cargo. Llame al [insert Member Services toll-free phone and TTY 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 en otros formatos como letras grandes, braille o audio. Llame al [insert Member Services toll-free phone and TTY numbers, and days and hours of operation]. La llamada es gratuita. [Plans must provide the information in alternate formats when a member requests it or when the plan identifies a Member who needs it.]

[*Plans also must simply describe:*

* + *how they will request a member’s preferred language other than English and/or alternate format,*
  + *how they will keep the member’s information as a standing request for future mailings and communications so the member does not need to make a separate request each time, and*
  + *how a member can change a standing request for preferred language and/or format.*]

[*Plans 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

* [Plans must include all applicable disclaimers as required in the Medicare Communications and Marketing Guidelines and State-specific Marketing Guidance.]
* La cobertura en virtud de <plan name> es una cobertura médica calificada llamada “cobertura esencial mínima”. Esta cobertura cumple con el requisito de responsabilidad individual compartida de la Ley de protección al paciente y cuidado de salud de bajo costo (ACA). Visite el sitio web del Servicio de Rentas Internas (IRS, por sus siglas en inglés) en [www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families](https://www.irs.gov/affordable-care-act/individuals-and-families) para obtener más información sobre el requisito de responsabilidad compartida individual.
* [Consistent with formatting in this section, plans 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 de Texas, y su participación en el plan. 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 miembro*.

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

Tabla de Contenido

[A. Bienvenido a <plan name> 7](#_Toc11937043)

[B. Información sobre Medicare y Medicaid 7](#_Toc11937044)

[B1. Medicare 7](#_Toc11937045)

[B2. Medicaid de Texas 7](#_Toc11937046)

[C. Las ventajas de este plan 8](#_Toc11937047)

[D. El área de servicio de <plan name> 9](#_Toc11937048)

[E. ¿Qué lo hace elegible para ser miembro del plan? 9](#_Toc11937049)

[F. Qué esperar al inscribirse por primera vez en un plan de salud 10](#_Toc11937050)

[G. Su plan de cuidados 10](#_Toc11937051)

[H. La prima mensual de <Plan name> 10](#_Toc11937052)

[I. El *Manual del miembro* 11](#_Toc11937053)

[J. Otra información que le enviaremos 11](#_Toc11937054)

[J1. Su Tarjeta de identificación como miembro de <plan name> 11](#_Toc11937055)

[J2. *Directorio de proveedores y farmacias* 12](#_Toc11937056)

[J3. *Lista de medicamentos cubiertos* 13](#_Toc11937057)

[J4. *Explicación de beneficios* 13](#_Toc11937058)

[K. Cómo mantener actualizado su expediente de miembro 14](#_Toc11937059)

[K1. La privacidad de su información personal (PHI, por sus siglas en inglés) 14](#_Toc11937060)

# A. Bienvenido a <plan name>

<Plan name> es un Plan de Medicare-Medicaid. Un Plan de Medicare-Medicaid es una organización compuesta por médicos, hospitales, farmacias, proveedores de servicios, respaldos a largo plazo y otros proveedores. Además, incluye coordinadores de servicios y equipos de coordinación de servicios 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 Texas y por los CMS (Centros para servicios de Medicare y Medicaid) para ofrecerle servicios como parte de Dual Eligibles Integrated Care Demonstration Project (Proyecto de demostración integrado para personas elegibles dobles) de Texas.

The Texas Dual Eligibles Integrated Care Demonstration Project es un programa piloto manejado por el estado de Texas y el gobierno federal para ofrecer mejor cuidado de salud a quienes tienen Medicare y Medicaid de Texas. 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 de Texas.

[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 de Texas

Medicaid de Texas es un programa administrado por el gobierno federal y por el estado, para ayudar a personas con ingresos y recursos limitados a pagar por LTSS y gastos médicos. También cubre servicios adicionales y medicamentos que Medicare no cubre.

Cada estado tiene su propio programa de Medicaid y decide:

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

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

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

* usted es elegible para participar en Dual Eligibles Integrated Care Demonstration Project
* ofrecemos el plan en su condado, y
* Medicare y es estado de Texas aprueben el plan.

Incluso si nuestro plan se cancela, su elegibilidad para recibir servicios de Medicare y Medicaid no cambiará.

# C. Las ventajas de este plan

Usted recibirá todos los servicios cubiertos por Medicare y Medicaid de Texas a través de <plan name>. Esto incluye medicamentos de receta. **Usted no tiene que pagar para inscribirse en este plan de salud.**

<Plan name> ayudará a que sus beneficios de Medicare y Medicaid de Texas funcionen mejor juntos y que funcionen mejor para usted. Las ventajas incluyen:

* Usted podrá trabajar con **un** plan de salud para **todas** sus necesidades de seguro de salud.
* Usted tendrá un equipo de coordinación de servicios armado con su ayuda. Su equipo de coordinación de servicios podría incluir doctores, enfermeras, consejeros u otros profesionales de la salud, que le ayudarán a obtener el cuidado que necesita
* Usted tendrá un coordinador de servicios, quien trabajará con usted, con <plan name> y con sus proveedores con el fin de que usted reciba el cuidado de salud que necesita.
* Usted podrá controlar el cuidado de su salud con ayuda de su equipo de coordinación de servicios y del coordinador de servicios.
* El equipo de coordinación de servicios y el coordinador de servicios trabajarán con usted para preparar un plan de cuidados personales, diseñado para atender sus necesidades de salud. El equipo de coordinación de servicios estará a cargo de coordinar los servicios que usted necesita. Por ejemplo:
  + Su equipo de coordinación de servicios se asegurará de informar a sus médicos todos los medicamentos que usted toma, para reducir los posibles efectos secundarios.
  + Su equipo de coordinación de servicios se asegurará de que los resultados de sus exámenes sean compartidos por todos sus médicos y otros proveedores.

# D. 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, for example: Nuestra área de servicios incluye estos condados en <State>: <counties>.

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 a way that is easy to understand.]

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

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

# E. ¿Qué lo hace elegible para ser miembro del plan?

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

* tiene 21 años o más, **y**
* vive en nuestra área de servicio, **y**
* tiene 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 de Texas y **por lo** **menos uno** de lo siguiente:
* tiene alguna discapacidad física o mental y es elegible para Ingresos complementarios de seguridad (SSI), o
* es elegible para Medicaid de Texas porque recibe servicios de excepción con base en el hogar y la comunidad (HCBS), **y**
* usted NO está inscrito en uno de los siguientes programas de excepción de Medicaid 1915(c):
  + Asistencia para la vida en la comunidad y servicios de respaldo (CLASS)
  + Programa para sordos, ciegos con varias discapacidades (DBMD)
  + Servicios con base en el hogar y la comunidad (HCS)
  + Programa de vida en el hogar de Texas (TxHmL)

# 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 de riesgos de salud dentro de los primeros 90 días.

[Plans should discuss the process for the HRA – who performs it, who will contact the member, etc.]

**Si <plan name> es nuevo para usted**, usted puede seguir viendo a los médicos que ve ahora por 90 días o hasta que termine la evaluación de riesgo de salud nueva. .

Después de [plans should describe continuity of care requirements: 90 días para la mayoría de los servicios, pero seis meses para los servicios y apoyos a largo plazo (LTSS)], 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 [plans may insert reference, as applicable] encontrará más información sobre cómo obtener cuidado de salud.

# G. Su plan de cuidados

Su plan de cuidados es un plan para los servicios médicos que usted recibirá y cómo los recibirá.

Después de recibir la evaluación de riesgos de su salud, su equipo de coordinación de servicios se reunirá con usted, para hablar sobre los servicios de salud que necesita y quiere. Juntos, usted y su equipo de coordinación de servicios, prepararán su plan de cuidados.

Cada año, su equipo de coordinación de servicios trabajará con usted para actualizar su plan de cuidados, cuando cambien los servicios de salud que usted necesita y quiere.

[Plans should add information on Plan of Care and Individual Service Plan for qualifying members.]

# H. La prima mensual de <Plan name>

<Plan name> no tiene una prima 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 [plans may insert reference, as applicable] o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

Usted puede solicitar un *Manual del miembro* llamando a Servicios al miembro al <phone 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> entre <start date> y <end date>.

# 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* [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 miembro de <plan name>

Con nuestro plan, usted sólo tendrá una tarjeta para sus servicios de Medicare y Medicaid de Texas, incluyendo servicios y respaldos a largo plazo (LTSS, por sus siglas en inglés) y medicamentos de receta. Usted debe mostrar esta tarjeta cuando reciba servicios o medicamentos. La siguiente tarjeta es una muestra de cómo se verá la suya:

[Insert picture of front and back of Member ID Card. Mark it as a sample card (for example, by superimposing the word “sample” on the image of the card).]

Si su tarjeta se daña, se pierde o se la roban, llame inmediatamente a Servicios al miembro al <toll‑free number> 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 beneficios de Medicaid de Texas 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. Las únicas excepciones son:

* Si necesita cuidados en hospicio, entonces tendrá que usar su tarjeta de Medicare Original, o
* Si necesita servicios de transporte fuera de una emergencia, entonces usted usará su tarjeta de Beneficios de Medicaid de Texas.

## 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 Servicios al miembro al <phone number>. Usted también puede leer el *Directorio de proveedores y farmacias* en <web address> o descargarlo de este sitio web. [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 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 cuidados para personas de la tercera edad, centros 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 (DME, por sus siglas en inglés) y otros proveedores de bienes y servicios que usted recibe a través de Medicare o Medicaid de Texas.

Los proveedores de la red acordaron aceptar pagos de nuestro plan [plans with cost sharing, insert: y costo compartido] por los servicios cubiertos como pago total.

**Definición de farmacias de la red**

* Las farmacias de la red son farmacias que han acordado surtir recetas para los miembros de nuestro plan. Use el *Directorio de proveedores y farmacias* para encontrar la farmacia de la red que usted desee usar.
* Excepto en casos de emergencia, usted deberá surtir sus medicamentos de receta en las farmacias de nuestra red, si desea que nuestro plan le ayude a pagarlos.

Llame a Servicios al miembro al <phone number> para obtener más información. Tanto Servicios al miembro como el sitio web de <plan name> pueden darle 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>. Para más información sobre DME, lea el 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” que 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 <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 u otros 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 ayudarán a llevar un registro de la cobertura de sus medicamentos.

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

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

# K. Cómo mantener actualizado su expediente de miembro

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

Usted puede mantener actualizado su expediente de miembro avisándonos cuando cambie su información.

Los proveedores y farmacias de la red del plan necesitan tener su información correcta. **Ellos utilizarán su expediente de miembro para saber qué servicios y medicamentos usted recibe y cuánto cuestan**. Por eso, es muy importante que nos ayude a mantener su información actualizada.

Infórmenos sobre lo siguiente:

* Cambios a su nombre, su dirección o su número de teléfono
* Cambios de cobertura en cualquier otro tipo de seguro de salud que tenga, por ejemplo de su empleador, del empleador de su esposo o esposa o compensación laboral
* Algún reclamo por responsabilidad, como una demanda por un accidente automovilístico
* Ingreso en un hogar para personas de la tercera edad o en un hospital
* Cuidado en un hospital o sala de emergencias fuera del área o fuera de la red
* Cambio de la persona encargada de su cuidado o la persona responsable por usted
* Usted es parte de o se involucra en una investigación clínica

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

[Plans that allow members 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 participación 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 el Capítulo 8 [plans may insert reference, as applicable].