Instructions to Health Plans

* [Plans may add a cover page to the Summary of Benefits. Plans may include the Material ID only on the cover page.]
* [*Plans should replace the reference to “Member Services” with the term the plan uses.*]
* [*Plans should note that any reference to a “Member 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 referrals, need for prior authorization, utilization management restrictions for drugs, maximum out of pocket costs on services, permissible OON services, and applicable cost sharing (if different than in-plan cost sharing).*]
* [*For the “You need help living at home” category of services, indicate if services are only available to members in a waiver program, in which case plans should indicate that State eligibility requirements may apply*.]
* [*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 members 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 Member 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 miembro de <plan name>. Términos clave y sus definiciones se encuentra 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. Renuncias de garantías 4](#_Toc12869847)

[B. Preguntas frecuentes 5](#_Toc12869848)

[C. Resumen de servicios 11](#_Toc12869849)

[D. Otros servicios que cubre <plan name>: 21](#_Toc12869850)

[F. Servicios no cubiertos por <plan name>, Medicare o Texas Medicaid 22](#_Toc12869851)

[G. Sus derechos como miembro del plan 22](#_Toc12869852)

[H. Cómo presentar una queja o apelar un servicio que negamos 24](#_Toc12869853)

[I. Qué hacer si usted sospecha algún fraude 24](#_Toc12869854)

[J. Maneras de reportar un fraude, desperdicio o abuso: 25](#_Toc12869855)

[J1. Para reportar fraude, desperdicio o abuso, recoja tanta información como sea posible: 25](#_Toc12869856)

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 miembro* 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 Texas Medicaid en un sólo plan de salud. Un coordinador de servicios 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 miembro*.
* 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 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 Member Services 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 asks for 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.*]

B. Preguntas frecuentes

En el cuadro a continuación aparecen las preguntas frecuentes.

[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.]

[*Plans should add text in bold at the end of a question title if the question’s answer continues onto the next page*: **(continúa en la página siguiente)**. *Plans should add text in bold after the question title on the following page*: <**question title**> **(continuación de la página anterior)**. *Plans should also be aware that the flow of question titles 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*.]

| Preguntas frecuentes (FAQ) | Respuestas |
| --- | --- |
| ¿Qué es un plan de Medicare-Medicaid? | Un plan de Medicare-Medicaid es un plan que contrata con Medicare y Medicaid de Texas para proveer beneficios de los dos programas a los inscritos. Es para personas con ambos, Medicare y Medicaid. Un plan de Medicare-Medicaid es una organización compuesta por médicos, hospitales, farmacias, proveedores de servicios y respaldos a largo plazo y otros proveedores. También tiene coordinadores de servicios, quienes le ayudan a administrar a todos sus proveedores y servicios. Trabajan juntos para darle los cuidados que usted necesite. |
| ¿Qué es un coordinador de servicios de <plan name>? | Un coordinador de servicios de <plan name> es la persona principal a quién llamar. Esta persona ayuda a administrar a todos sus proveedores y servicios y se asegura de que usted obtenga lo que necesite. |
| ¿Qué son los servicios y respaldos a largo plazo? | Los servicios y respaldos a largo plazo son una ayuda para las personas que la necesiten para realizar las tareas de la vida diaria, como tomar un baño, vestirse, preparar alimentos y tomar sus medicamentos. La mayoría de estos servicios son proporcionados en su hogar y en su comunidad, pero podrían proporcionarse en un hogar de cuidados para personas mayores o en un hospital. |
| ¿Recibirá con <plan name> los mismos beneficios de Medicare y Texas Medicaid que recibe ahora? | Usted obtendrá sus beneficios cubiertos por Medicare y Texas 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. [Plans should add if applicable: Usted recibirá casi todos sus beneficios cubiertos de Medicare y Texas Medicaid directamente de <plan name>, pero usted podría recibir algunos beneficios de la misma manera que ahora, fuera del plan.]  Cuando se inscriba en <plan name>, usted y su equipo de coordinación de servicios trabajarán juntos para hacer un Plan de cuidados, para atender sus necesidades de salud y respaldo. Mientras tanto, [Plans should add information about continuity of care, e.g., usted podrá seguir viendo a sus médicos y recibiendo los beneficios que recibe ahora hasta por 90 días o hasta que termine su plan de cuidados]. 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 temporario. Le ayudaremos a obtener otro medicamento o una excepción para que <plan name> cubra su medicamento, si es médicamente necesario. |
| ¿Puede consultar los mismos médicos que consulta ahora? | Esto es posible con frecuencia. 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>.** * 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 miembro 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 [plans should discuss the state’s continuity of care requirement, e.g., por 90 días]. |
| ¿Qué sucederá si necesita algún servicio pero ningún proveedor de la red de <plan name> puede proporcionárselo? | 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 orcounties] [plans should enter \* to denote partial county], <State>. Usted debe vivir en [plans should enter: esta área **or** una de estas áreas] para unirse al plan.  [Plans enter if applicable: \* Indica sólo parte del condado. Llame a Servicios al miembro si quiere más información sobre si el plan está disponible donde usted vive.] |
| ¿Usted paga una cantidad mensual (también llamada cuota) con <plan name>? | Usted no pagará ninguna cuota mensual a <plan name> por su cobertura de salud. |
| ¿Qué es una autorización previa? | Autorización previa significa que usted debe obtener aprobación de <plan name> antes de que pueda recibir un servicio, artículo o medicamento específicos o para consultar a un proveedor fuera de la red. <Plan name> podría no cubrir el servicio o medicamento si usted no obtiene autorización. Si necesita cuidados urgentes o de emergencia o servicios de diálisis fuera del área, no necesita obtener primero la aprobación.  Consulte el Capítulo 3 [*plans may insert reference, as applicable*] del *Manual del miembro* para más información sobre la autorización previa. Consulte la Tabla de beneficios en el Capítulo 4 del *Manual del miembro* para más información sobre cuales servicios requieren una autorización previa. |
| ¿Qué es una preautorización?  [If a plan does not require referrals for any of its services, the plan may delete this question.] | Una preautorización significa que su proveedor personal (PCP, por sus siglas en inglés) debe darle su aprobación antes de que usted pueda visitar a alguien que no sea su PCP u otros proveedores en la red del plan. Si usted no obtiene la aprobación, <plan name> podría no cubrir los servicios. Usted no necesita una preautorización para visitar a algunos especialistas, como los especialistas en salud femenina.  Para obtener más información sobre cuándo usted necesita obtener una preautorización de su PCP, lea el Capítulo 3, [*plans may insert reference, as applicable*] del *Manual del miembro*. |
| ¿Qué es Ayuda adicional?  [If a plan is electing to reduce Part D copays to $0, the plan may delete this question.] | La Ayuda adicional es un programa de Medicare que ayuda a personas con ingresos y recursos limitados a reducir los costos de sus medicamentos de receta de Medicare Parte D, tales como primas, deducibles, y copagos. Ayuda adicional también se llama el “subsidio por bajos ingresos”, o “LIS,” por sus siglas en inglés.  Sus copagos de medicamentos de receta con <plan name> ya incluyen la cantidad de Ayuda adicional para la que usted es elegible. Para obtener más información sobre Ayuda adicional, comuníquese con su Oficina del Seguro social o llame al Seguro social al 1-800-772-1213. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-800-325-0778. [Plan may substitute TTY number with or add contact information for Video Relay or other accessible technology.] |
| **¿Con quién debe comunicarse si tiene alguna pregunta o necesita ayuda? (continúa en la página siguiente)** [**Plans may modify the call-lines as appropriate**] | **Si tiene alguna pregunta general o sobre nuestro plan, servicios, área de servicio, cobros o Tarjetas de identificación de miembro, por favor llame a Servicios al miembro de <plan name>:**   | **LLAME AL** | <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 miembro también tiene servicios gratuitos de intérprete de idiomas para las personas que no hablan inglés. | | --- | --- | | **TTY** | <TTY 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 son gratuitas. <Days and hours of operation.> | |
| **¿Con quién debe comunicarse si tiene dudas o necesita ayuda? (continuación de la página anterior)** [**Plans may modify the call-lines as appropriate**] | **Si tiene preguntas sobre su salud, llame a la línea Nurse Advice Call:**   | **LLAME AL** | <Phone number(s)>  Las llamadas a este número son gratuitas. <Days and hours of operation.> [*Include information on the use of alternative technologies*.] | | --- | --- | | **TTY** | <TTY 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.> | |
|  | [*Insert if applicable:* Si necesita servicios inmediatos de salud del comportamiento, por favor llame a la Línea de crisis de salud del comportamiento:   | CALL | <Phone number>  Las llamadas a este número son gratuitas. <Days and hours of operation.> [*Include information on the use of alternative technologies*.] | | --- | --- | | TTY | <TTY phone number>  [*Insert if the plan uses a direct TTY number*: This number is for people who have hearing or speaking problems. You must have special telephone equipment to call it.]  Las llamadas a este número [*Insert if applicable*: son *or* no son] gratuitas. <Days and hours of operation.>] | |

C. Resumen de servicios

El siguiente cuadro 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 members 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  [Plans should insert cost sharing where applicable.] | Limitaciones, excepciones e información de beneficios (reglas de los beneficios) [Plans should provide specific information about: need for referrals, need for prior authorization, utilization management restrictions for drugs, maximum out of pocket costs on services, 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 | [$–] |  |
| Consultas de rutina, como un examen médico | [$–] |  |
| Transporte al consultorio médico | [$–] |  |
| Cuidados de especialista | [$–] |  |
| Cuidados para evitar que se enferme, como vacunas contra la gripe | [$–] |  |
| Usted quiere consultar a un médico (continuación). | Consulta preventiva "Bienvenidos a Medicare" (una sola vez) | [$–] |  |
| Usted necesita análisis médicos | Análisis de laboratorio, como de sangre | [$–] |  |
| Radiografías u otras imágenes, como tomografías axiales computarizadas (CAT Scans) | [$–] |  |
| Exámenes exploratorios, como pruebas para detectar el cáncer | [$–] |  |
| Necesita medicamentos para atender su enfermedad o padecimiento (Este servicio continúa en la página siguiente) | Medicamentos genéricos (no de marca) | [Plans should insert a single amount, or all applicable copay amounts for a tier with LIS copay amounts] para un suministro de [must be at least 30-day] días.  [Plans may delete the following statement if they charge $0 for all generic drugs.] Los copagos de medicamentos de receta podrían variar de acuerdo con el nivel de Ayuda adicional que usted reciba. Comuníquese con el plan para conocer más detalles. | 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 and make clear that the cost sharing amount for these extended-day supplies is the same as for a one-month supply.] |
| **Necesita medicamentos para atender su enfermedad o padecimiento (continuación)** | Medicamentos de marca | [Plans should insert a single amount, or all applicable copay amounts for a tier with LIS copay amounts] para un suministro de [must be at least 30-day] días.  [Plans may delete the following statement if they charge $0 for all brand name drugs.] Los copagos de medicamentos de receta podrían variar de acuerdo con el nivel de Ayuda adicional que usted reciba. Comuníquese con el plan para conocer más detalles. | Posiblemente haya limitaciones en cuanto a los tipos de medicamentos cubiertos. Lea más información en la *Lista de medicamentos cubiertos* (Lista de medicamentos) de <plan name>.  [Plans must indicate if extended-day supplies are available at retail and/or mail order pharmacy locations and make clear that the cost sharing amount for these extended-day supplies is the same as for a one-month supply.] |
| Necesita medicamentos para atender su enfermedad o padecimiento (continuación) | Medicamentos de venta libre | [Plans should insert a single amount, multiple amounts, or a minimum/ maximum range.] | Posiblemente haya limitaciones en cuanto a los tipos de medicamentos cubiertos. Lea más información en la *Lista de medicamentos cubiertos* (Lista de medicamentos) de <plan name>. |
| Medicamentos de receta de Medicare Parte B | [$–] | 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 miembro* más información sobre estos medicamentos. |
| Usted necesita tratamiento después de una embolia o accidente | Terapia física, ocupacional o del habla | [$–] |  |
| Usted necesita cuidados de emergencia | Servicios de sala de emergencias | [$–] | [Plans must state that emergency room services must be provided OON and without prior authorization requirements.] |
| Servicios de ambulancia | [$–] |  |
| Cuidados de urgencia | [$–] | [Plans must state that urgent care services must be provided OON and without prior authorization requirements.] |
| Usted necesita cuidados hospitalarios | Estadías en el hospital | [$–] |  |
| Cuidados del médico o cirujano | [$–] |  |
| Usted necesita ayuda para mejorar o tiene necesidades médicas especiales | Servicios de rehabilitación | [$–] |  |
| Equipo médico para cuidados en el hogar | [$–] |  |
| Cuidados de enfermería especializada | [$–] |  |
| Usted necesita cuidados de la vista | Exámenes de la vista | [$–] |  |
| Anteojos o lentes de contacto | [$–] |  |
| Usted necesita atención dental | Chequeos dentales | [$–] |  |
| Usted necesita servicios del oído o auditivos | Exámenes del oído | [$–] |  |
| Audífonos | [$–] |  |
| Usted tiene una enfermedad crónica, como diabetes o enfermedad del corazón | Servicios para ayudarle a controlar su enfermedad | [$–] |  |
| Suministros y servicios para la diabetes | [$–] |  |
| Usted tiene alguna enfermedad de salud mental | Servicios de salud mental o del comportamiento | [$–] |  |
| Usted tiene un problema de abuso en el consumo de sustancias | Servicios por abuso en el consumo de sustancias | [$–] |  |
| Usted necesita servicios de salud mental a largo plazo | Cuidados como paciente interno para personas que necesitan cuidados de salud mental | [$–] |  |
| Usted necesita equipo médico duradero (DME) | Sillas de ruedas | [$–] |  |
| Los nebulizadores | [$–] |  |
| Muletas | [$–] |  |
| Andadores | [$–] |  |
| Equipos y suministros de oxígeno | [$–] |  |
| Usted necesita ayuda para su vida en casa (Este servicio continúa en la página siguiente) | Alimentos llevados a su casa | [$–] | [For all LTSS, indicate if services are only available to members on a waiver.] |
| Servicios para el hogar, como limpieza o tareas domésticas | [$–] |  |
| Cambios a su casa, como rampas y acceso para silla de ruedas | [$–] |  |
| Asistente de cuidados personales  (Posiblemente pueda contratar su propio asistente. Llame a Servicios al miembro para pedir más información.) | [$–] |  |
| Capacitación para ayudarle a obtener trabajos con paga o sin paga | [$–] |  |
| Servicios de cuidados de salud en el hogar | [$–] |  |
| Usted necesita ayuda para su vida en casa (continuación) | Servicios para ayudarle a vivir por su cuenta | [$–] |  |
| Servicios de día para adultos u otros servicios de respaldo | [$–] |  |
| Usted necesita un lugar dónde vivir con personas disponibles para ayudarle | Vida con asistencia u otros servicios de vivienda | [$–] |  |
| Cuidados en hogares para personas mayores | [$–] |  |
| La persona que le cuida necesita una pausa | Cuidados de respiro | [$–] |  |

D. Otros servicios que cubre <plan name>:

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

|  |  |
| --- | --- |
| **Otros servicios cubiertos por <plan name>** | Sus costos por proveedores en la red |
| [Insert special services offered by your program. This does not need to be a comprehensive list.] | [Plans should include copays for listed services.] |
|  |  |
|  |  |

E. Servicios cubiertos fuera de <plan name>

Ésta no es una lista completa. Llame a Servicios al miembro para averiguar sobre otros servicios que no cubre <plan name>, pero están disponibles a través de Medicare o Texas Medicaid.

| Otros servicios cubiertos por Medicare o Texas Medicaid | Sus costos |
| --- | --- |
| [Insert services covered outside the plan by Medicare fee-for-service and/or Texas Medicaid fee-for-service, as appropriate. This does not need to be a comprehensive list. Plans may consult Section F of Chapter 4 of the Member Handbook for examples.] | [Plans should include copays for listed services.] |
| Algunos servicios de hospicio | $0 |
| Servicios de transporte médico fuera de emergencias | [$–] |
| Clasificación y revisión de residente antes de una admisión (PASRR) | [$–] |

F. Servicios no cubiertos por <plan name>, Medicare o Texas Medicaid

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

| Beneficios no cubiertos por <plan name>, Medicare o Texas Medicaid | |
| --- | --- |
| [Insert any excluded benefit categories. This does not need to be a comprehensive list. Plans may consult Section G of Chapter 4 of the Member Handbook for examples.] |  |
|  |  |
|  |  |

G. Sus derechos como miembro del plan

Como miembro 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. Le hablaremos de sus derechos por lo menos una vez al año. Para obtener más información sobre sus derechos, lea el *Manual del miembro*. 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 (por ejemplo: letras grandes, braille, audio)
* Estar libre de todo tipo de restricción física o reclusión
* Que no le cobren los proveedores de la red.
* **Usted tiene derecho a recibir información sobre sus cuidados de salud.** Esto incluye información sobre 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 durante el año.
* Ver un proveedor de servicios de salud para mujeres sin preautorización
* 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.
* **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.
* **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
* Pedir una audiencia imparcial del estado
* Obtener una explicación detallada de por qué se negaron los servicio

Para obtener más información sobre sus derechos, puede leer el *Manual del miembro* de <plan name>. También puede llamar a Servicios al miembro 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 alguna pregunta sobre sus quejas, puede leer el Capítulo 9 del *Manual del miembro* de <plan name>. También puede llamar a Servicios al miembro de <plan name>.

[*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 miembro 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 y 7 días a la semana.

Avísenos si le parece que un médico, dentista, farmacéutico de una farmacia; otros proveedores de cuidados de salud o alguna persona que reciba beneficios están haciendo algo malo. Hacer algo malo puede ser fraude, desperdicio o abuso, que está contra la ley. Por ejemplo, díganos si usted cree que:

* Le están pagando a alguien por servicios que no se prestaron o no fueron necesarios.
* Alguien no está diciendo la verdad sobre una condición médica, para recibir tratamiento.
* Alguien permite que otra persona use su número de identificación de Texas Medicaid
* Alguien usa el número de identificación de Texas Medicaid de otra persona
* Alguien no dice la verdad la cantidad de dinero o sobre sus recursos que tiene, para recibir beneficios.

J. Maneras de reportar un fraude, desperdicio o abuso:

* Llame a la Línea urgente de OIG, al 1-800-436-6184
* Visite <https://oig.hhsc.state.tx.us/> y elija “Click Here to Report Waste, Abuse, and Fraud” para llenar el formulario en internet, o
* Usted puede informar directamente a su plan de salud:
* Nombre de la MCO
* Dirección de la oficina o del director de la MCO, y
* Número sin costo de la MCO

## J1. Para reportar fraude, desperdicio o abuso, recoja tanta información como sea posible:

* Cuando informe sobre un proveedor (un médico, dentista, consejero, etc.), incluya:
* Nombre, dirección y teléfono del proveedor
* Nombre y dirección de la institución (hospital, hogar de cuidados para personas mayores, agencia de cuidados en el hogar, etc.)
* Número de Texas Medicaid del proveedor o institución, si usted lo tiene
* Tipo de proveedor (médico, dentista, terapeuta, farmacéutico, etc.)
* Nombres y teléfonos de otros testigos que puedan ayudar en la investigación
* Fechas de los sucesos
* Un resumen de lo que pasó
* Cuando informe sobre alguien que recibe beneficios, incluya:
* El nombre de la persona
* La fecha de nacimiento, número de Seguro social o número de caso de la persona, si los tiene
* La ciudad donde vive la persona
* Los detalles específicos del fraude, desperdicio o abuso.
* [*Plans may also insert additional State-based resources for reporting fraud*.]