Instructions to Health Plans

* [Plans should replace the word “Medicaid” with “MassHealth”.]
* [If plans/states do not use the term “Care Coordinator,” plans should replace it with the term the plan uses.]
* [Plans may add a cover page to the Summary of Benefits. Plans may include the 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 number and days and hours of operation.]
* [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).]
* [*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:* **Este servicio continúa en la siguiente página***).*
* *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 encuentran en orden alfabético en el último capítulo del *Manual del miembro*.

[*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](#_Toc16674904)

[B. Preguntas frecuentes 5](#_Toc16674905)

[C. Resumen de servicios 12](#_Toc16674906)

[D. Otros servicios que cubre <plan name> 23](#_Toc16674907)

[E. Beneficios cubiertos fuera de la red de <plan name>: 23](#_Toc16674908)

[F. Servicios que <plan name>, Medicare y MassHealth no cubren 24](#_Toc16674909)

[G. Sus derechos y responsabilidades como miembro del plan 24](#_Toc16674910)

[H. Cómo presentar una queja o apelar un servicio denegado 28](#_Toc16674911)

[I. Qué hacer si usted quiere ayuda independiente con alguna queja o inquietud 28](#_Toc16674912)

[J. Qué hacer si sospecha algún fraude 29](#_Toc16674913)

# Renuncias de garantías

White exclamation point appears in blue box at top of page with short description of the Summary of Benefits.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*.] Es para personas con Medicare y MassHealth de 21 a 64 años a la fecha de inscripción.
* Bajo <plan name> usted puede recibir sus servicios de Medicare y MassHealth en un plan de seguro médico llamado un plan de One Care. Un Coordinador de cuidados de <plan name> ayudará a administrar sus necesidades de cuidado de salud. [Plans should change “Care Coordinator” to the term used by the state and/or plan.]
* 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. [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 esta información gratis en otros formatos, como letras grandes, formatos que funcionen con la tecnología de los lectores de pantalla, braile o audio. Llame al <toll-free phone and TTY numbers>, <days and hours of operation>. La llamada es gratuita.
* [*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.*]

# 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*: **(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** | **Respuestas** |
| --- | --- |
| **¿Qué es One Care Plan?** | Un One Care Plan es una organización compuesta por médicos, hospitales, farmacias, proveedores de servicios y respaldos a largo plazo y otros proveedores. También tiene Coordinadores de cuidados, quienes le ayudan a administrar todos sus proveedores, servicios y respaldos. Trabajan juntos para darle la atención que usted necesite. <Plan name> (Plan de Medicare-Medicaid) es un plan One Care que proporciona beneficios de MassHealth y Medicare a los miembros del programa One Care. [Plans should change “Care Coordinator” to the term used by the state and/or plan.] |
| **¿Qué es un Coordinador de cuidados de <plan name>?** | Un Coordinador de cuidados de <plan name> es la persona principal a quien usted llama. Esta persona ayuda a administrar todos sus proveedores y servicios y se asegura que obtenga lo que necesite. |
| **¿Qué son los servicios y respaldos a largo plazo?** | Los servicios y respaldos a largo plazo son la ayuda para las personas que necesitan asistencia para las actividades diarias, como bañarse, vestirse, preparar la comida y tomar medicinas. La mayoría de esos servicios se proporcionan en su hogar o en su comunidad pero podrían ser proporcionados en una institución de enfermería especializada u hospital. |
| **¿Qué es un Coordinador de Respaldos a Largo Plazo (LTS)?** | Un Coordinador LTS de <plan name> es un experto en servicios y respaldos a largo plazo y/o en servicios de recuperación, con quien puede comunicarse y que forma parte de su Equipo de cuidados. Esta persona le ayuda a obtener servicios que le ayudan a vivir de manera independiente en su hogar. |
| **¿Recibirá con <plan name> los mismos beneficios de Medicare y MassHealth que recibe ahora?** | Usted obtendrá sus beneficios cubiertos por Medicare y MassHealth directamente de <plan name>. Usted trabajará con un equipo de proveedores que ayudará a determinar qué servicios son más adecuados para sus necesidades. Esto significa que algunos de los servicios que recibe ahora pueden cambiar. Usted también puede recibir otros beneficios de la misma forma que ahora, directamente de una agencia del estado como el Departamento de salud mental o el Departamento de servicios para el desarrollo.  Cuando se inscriba en <plan name>, usted y su Equipo de cuidados trabajarán juntos para elaborar un Plan de cuidados individualizados (ICP, por sus siglas en inglés), adecuado para su salud y necesidades de respaldo, que refleje sus preferencias y objetivos personales. Si usted está tomando algún medicamento de prescripción de Medicare Part D que <plan name> normalmente no cubre, puede obtener un surtido (suministro) temporero y le ayudaremos con la transición a otro medicamento u obtendremos una excepción para que <plan name> le cubra su medicamento, si es médicamente necesario. Para todos los otros servicios, puede continuar viendo a sus doctores y obteniendo sus servicios actuales por 90 días o hasta que se completa su ICP. |
| **¿Puede consultar los mismos médicos que consulta ahora?** | A menudo sí. Si sus proveedores (inclyendo médicos, terapeuta, farmacias y otros proveedores de de salud) trabajan con <plan name> y tienen contrato con nosotros, puede seguir viéndolos.   * Los proveedores que tienen acuerdo con nosotros se consideran “dentro de la red”. Usted debe usar proveedores dentro de la red de <plan name>. * Si necesita atención urgente o de emergencia o servicios de diálisis fuera del área, usted puede usar proveedores fuera del plan de <plan name>. [*Plans may insert additional exceptions as appropriate.*]   Para saber si sus médicos están dentro de la red, llame a Servicios al miembro o lea el *Directorio de proveedores y farmacias* de <plan name>. [*Plans may insert additional language regarding the possibility for member’s out of network providers to contract with the plan.*]  Si <plan name> es nuevo para usted, trabajaremos juntos para elaborar un Plan de cuidados individualizados (ICP, por sus siglas en inglés) basado en sus necesidades. Puede seguir viendo a los médicos que ve ahora durante 90 días o hasta que esté listo el ICP. |
| **¿Qué sucederá si necesita servicios, 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 un 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*]Counties [*plans should enter \* to denote partial county*], <State>. You must live in [*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 para obtener más información sobre si el plan está disponible donde usted vive.] |
| **¿Usted paga una cantidad mensual (también llamada cuota) en <plan name>?** | Usted no pagará cuotas mensuales a <plan name> por su cobertura médica.  Si usted paga una cuota a MassHealth por CommonHealth, debe seguir pagando la cuota a MassHealth para conservar su cobertura |
| **¿Qué es una autorización previa?** | Autorización previa significa que usted debe obtener aprobación de <plan name> antes de que <plan name> proporcione cobertura para un servicio, artículo o medicamento específicos o para un proveedor fuera de la red. <Plan name> podría no cubrir el servicio, artículo o medicamento si usted no obtiene autorización previa. **Si necesita atención urgente o de emergencia o servicios de diálisis fuera del área, no necesita obtener primero la aprobación. <Plan name> puede proporcionarle una lista de servicios o procedimientos que exigen que usted obtenga autorización previa de <plan name> antes de que se proporcione el servicio.**  Consulte el Capítulo 3 [*plans may insert reference, as applicable*] del *Manual del miembro* para más información sobre la pre-autorización. Consulte la Tabla de beneficios en el Capítulo 4 del *Manual del miembro* para más información sobre cuales servicios requieren una pre-autorización. |
| **¿Qué es un referido?**  [If a plan does not require referrals for any of its services, the plan may delete this question.] | [*Plans may modify this section as needed*] Una preautorización significa que su [insert: proveedor personal (PCP) **or** Equipo de cuidados] debe darle su aprobación antes que usted consulte a alguien que no sea su PCP o use otros proveedores en la red de su plan. Si usted no obtiene la aprobación, <plan name> podría no cubrir los servicios. Usted no necesita una preautorización para ver ciertos especialistas, tales como especialistas en salud femenina.  Un especialista es un proveedor con capacitación adicional. Si usted no obtiene una preautorización de su [insert: PCP **or** Equipo de cuidados], <plan name> podría no cubrir los servicios. <Plan name> puede proporcionarle una lista de servicios que exigen que usted obtenga una preautorización de su [*insert:* PCP **or** Equipo de cuidados] antes de que se proporcione el servicio.  Vea el Capítulo 3, [*plans may insert reference, as applicable*] del *Manual del miembro* para más información sobre cuando necesitará obtener un referido de su PCP o su equipo de cuidados. |
| **¿Qué es Ayuda adicional?**  [If a plan is electing to reduce Part D copays to $0, the plan may delete this question.] | Extra Help es un programa de Medicare que ayuda personas con ingresos y recursos limitados reducir los costos de sus medicamentos de receta de Medicare Parte D, como primas, deducibles, y copagos. Ayuda adicional también se llama el “subsidio por bajos ingresos”, o “LIS”.  Sus copagos de medicamentos de receta con <plan name> ya incluyen el costo de Extra Help para el que usted es elegible. Para obtener más información sobre Extra Help, 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 dudas o necesita ayuda? (continúa en la página siguiente)**  [The Member Services, Nurse Advice, and Behavioral Health sections may be combined if the plan uses the same contact information for all three functions.] | **Si tiene preguntas generales o dudas sobre nuestro plan, servicios, área de servicio, facturación o tarjetas de miembros, comuníquese con 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> [*Plans may substitute TTY number with or add contact information for Video Relay or other accessible technology*]  [*Insert if the plan uses a direct TTY or other accessible number*: Este número es para personas sordas o con dificultades auditivas o del habla. Usted debe tener un equipo de telefonía especial para poder llamar.]  Las llamadas a este número son gratuitas. <Days and hours of operation> | | **Si tiene preguntas sobre su salud, llame a <Nurse Advice Call line>** [*plans can use a plan-specific name for the Nurse Advice Call Line*] | | |
| **¿Con quién debe comunicarse si tiene dudas o necesita ayuda? (continuación de la página anterior)**  [The Member Services, Nurse Advice, and Behavioral Health sections may be combined if the plan uses the same contact information for all three functions.] | |  |  | | --- | --- | | **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 phone number>  [*Insert if the plan uses a direct TTY number*: Este número es para personas sordas o con dificultades auditivas o del habla. Usted debe tener un equipo de telefonía especial para poder llamar.]  Las llamadas a este número [*Insert if applicable*: no] son gratuitas. <Days and hours of operation> |   **Si usted necesita ayuda inmediata de los servicios de salud del comportamiento, por favor llame a** <**Behavioral Health Crisis Line**>[*plans can use a plan-specific name for 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 phone number>  [*Insert if the plan uses a direct TTY number*: Este número es para personas sordas o con dificultades auditivas o del habla. Usted debe tener un equipo de telefonía especial para poder llamar.]  Las llamadas a este número [*Insert if applicable*: no] son gratuitas. <Days and hours of operation> | |

# 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 inquietud médica** | **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.] | **Sus costos por proveedores dentro de la red** | **Información de limitaciones, excepciones y 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 un médico** | Consultas para atender una lesión o enfermedad | $0 |  |
| Consultas de rutina, como un examen médico | $0 |  |
| Transporte al consultorio médico | $0 |  |
| Cuidado de especialista |  |  |
| Cuidado para evitar que se enferme, como vacunas contra la gripe | $0 |  |
| “Bienvenidos a Medicare” (consulta preventiva una sola vez) | $0 |  |
| **Usted necesita análisis médicos** | Pruebas de laboratorio, como análisis de sangre | $0 |  |
| Radiografías u otras imágenes, como tomografías computarizadas | $0 |  |
| Exámenes exploratorios, como pruebas para detectar el cáncer | $0 |  |
| **Usted necesita medicamentos para tratar 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 para [must be at least 30-day] días.  [Plans may delete the following statements if they charge $0 for all generic drugs.] Los copagos por medicamentos de receta podrían variar de acuerdo con el nivel de Extra Help que usted reciba. Comuníquese con el plan para conocer más detalles | Posiblemente haya limitaciones en cuanto a los tipos de medicamentos cubiertos. Para más información, lea 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.]  Si usted ha estado en una institución de enfermería especializada por lo menos durante 90 días, usted no tendrá ningún copago por medicamentos de receta. |
| **Usted necesita medicamentos para tratar 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 por medicamentos de receta podrían variar de acuerdo con el nivel de Extra Help que usted reciba. Comuníquese con el plan para conocer más detalles. | Posiblemente haya limitaciones en cuanto a los tipos de medicamentos cubiertos. Para más información, lea 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.]  Si usted ha estado en una institución de enfermería especializada por lo menos durante 90 días, usted no tendrá ningún copago por medicamentos de receta. |
| **Usted necesita medicamentos para tratar su enfermedad o padecimiento (continuación)** | Medicamentos de venta libre | [*Plans should insert a single amount, multiple amounts, or minimum/maximum range.*] | Posiblemente haya limitaciones en cuanto a los tipos de medicamentos cubiertos. 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 la 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. Para más información, lea el *Manual del miembro* sobre estos medicamentos*.* |
| **Usted necesita tratamiento después de una embolia o accidente** | Terapia física, ocupacional o del habla | $0 |  |
| **Usted necesita cuidado 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 |  |
| Atención de urgencia | $0 | [Plans must state that urgent care services must be provided OON and without prior authorization requirements.] |
| **Usted necesita atención hospitalaria** | Estadías en el hospital | $0 |  |
| Atención del médico o cirujano | $0 |  |
| **Usted necesita ayuda para mejorar o tiene necesidades médicas especiales (Este servicio cintinúa en la siguiente página)** | Servicios de rehabilitación | $0 |  |
| Cuidado quiropráctico | $0 |  |
| Equipo médico para atención en el hogar | $0 |  |
| Atención de enfermería especializada y servicios médicos en el hogar | $0 |  |
| Planificación familiar | $0 |  |
| **Usted necesita ayuda para mejorar o tiene necesidades médicas especiales (cintinúación)** | Servicios de enfermera partera | $0 |  |
| Servicios de aborto | $0 |  |
| Servicios de diálisis | $0 |  |
| Podiatría | $0 |  |
| Prótesis | $0 |  |
| Servicios ortopédicos | $0 |  |
| **Usted necesita cuidado de ojos** | Examen de ojos | $0 |  |
| Anteojos o lentes de contacto | $0 |  |
| Otro cuidado de la vista | $0 |  |
| **Usted necesita atención dental** | Chequeos dentales y atención preventiva | $0 |  |
| Atención dental de restauración y de emergencia | $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 una enfermedad de salud del comportamiento** | Servicios de salud del comportamiento | $0 |  |
| **Usted tiene un trastorno de abuso de sustancias** | Servicios para abuso de sustancias | $0 |  |
| **Usted necesita servicios de salud del comportamiento a largo plazo** | Servicios de atención a pacientes internos y externos y con base en la comunidad para personas que necesitan atención de salud del comportamiento | $0 |  |
| **Usted necesita equipo médico duradero (DME)**  **(Nota:** Ésta no es una lista completa de DME cubiertos. Para obtener una lista completa, comuníquese con Servicios al miembro o consulte al capítulo 4 del *Manual del miembro***)** | Sillas de ruedas, muletas, y andadores | $0 |  |
| Los nebulizadores | $0 |  |
| Equipos y suministros de oxígeno | $0 |  |
| **Usted necesita ayuda para su vida en casa** | Servicios para el hogar, como limpieza o tareas domésticas | $0 |  |
| Cambios a su casa, como rampas y acceso para silla de ruedas | $0 |  |
| Servicios de habilitación de un día | $0 |  |
| Servicios para ayudarle a vivir por su cuenta (Servicios de atención de salud en el hogar o servicios de un asistente de cuidado personal) | $0 |  |
| Servicios de día para adultos u otros servicios de respaldo | $0 |  |
| Cuidado para adultos en familia y Cuidado para grupo de adultos en familia | $0 |  |
| **Usted necesita un lugar dónde vivir con personas disponibles para ayudarle** | Atención en hogares para personas mayores | $0 |  |
| **Su administrador de cuidados necesita una pausa** | Atención de respiro | $0 |  |
| **Usted necesita transporte** | Transporte de emergencia | $0 |  |
| Transporte a las citas médicas | $0 |  |
| Transporte a otros servicios | $0 |  |

El *Resumen de Beneficios* anterior se proporciona solamente con fines informativos. Para obtener más información sobre sus beneficios, puede leer el *Manual del miembro* de <plan name>. Si tiene alguna pregunta también puede llamar a Servicios al miembro de <plan name>.

# 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 que cubre <plan name>** | **Sus costos por proveedores de la red** |
| [*Insert special services offered by your program. This does not need to be a comprehensive list.*] | [*Plans should include copays for pharmacy products, if/as applicable.*] |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

# Beneficios cubiertos fuera de la red 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 que están disponibles a través de Medicare o MassHealth o una agencia del estado.

| **Otros servicios cubiertos por Medicare, MassHealth, o una agencia del estado** | **Sus costos** |
| --- | --- |
| [*Insert services covered outside the plan by Medicare fee-for-service and/or MassHealth fee-for-service, as appropriate. This does not need to be a comprehensive list.*] | [*Plans should include copays for listed services.*] |
| Ciertos servicios de cuidado de hospicio cubiertos fuera de <plan name> | $0 |
| Rehabilitación sicosocial |  |
| Administración de casos dirigida |  |
| Habitación y alimentos en un hogar de reposo |  |

# Servicios que <plan name>, Medicare y MassHealth no cubren

Ésta no es una lista completa. Llame a Servicios al miembro para averiguar sobre otros servicios excluidos.

|  |  |
| --- | --- |
| **Servicios que <plan name>, Medicare y MassHealth no cubren** | |
| [*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.*] |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

# Sus derechos y responsabilidades como miembro del plan

Como miembro de <plan name> usted tiene ciertos derechos con respecto a su atención de salud. También tiene ciertas responsabilidades hacia los proveedores de cuidado de salud que lo están atendiendo. Independientemente de su estado de salud, no se le puede negar tratamiento médicamente necesario. Usted puede ejercer estos derechos sin ser castigado ni afectar de manera negativa la forma en que <plan name> y sus proveedores lo tratan. También puede ejercer esos derechos sin perder sus servicios de cuidado 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, entre otros, los siguientes:**

* **Usted tiene derecho a ser tratado con respeto, imparcialidad y dignidad.** Esto incluye el derecho a:
* Recibir servicios sin importar su raza, etnicidad, origen nacional, religión, sexo, edad, estado de salud, discapacidad mental, física o sensorial, orientación sexual, información genética, capacidad para pagar o capacidad para hablar inglés. Ningún proveedor de atención de salud debe realizar práctica alguna, con respecto a cualquier miembro, que constituya discriminación ilícita en virtud de cualquier ley o reglamento estatal o federal.
* Recibir información en otros formatos a su pedido (por ejemplo, letras grandes, Braille, audio) sin costo.
* Estar libre de cualquier tipo de restricción o reclusión.
* Que no le cobren los proveedores de la red.
* Recibir una respuesta completa y cortés a sus preguntas e inquietudes.
* Ejercer libremente sus derechos sin un efecto negativo en la forma en que lo tratan <plan name> o su proveedor.
* **Usted tiene derecho a recibir información sobre su cuidado de salud.** Esto incluye información sobre tratamiento y sus opciones de tratamiento, independientemente del costo o la cobertura de beneficios. Esta información debe estar en un formato e idioma que usted comprenda. Estos derechos incluyen recibir información sobre:
* <Plan name>
* Los servicios que cubrimos
* Cómo obtener servicios
* Cuánto le costarán los servicios
* Nombres de proveedores de atención de salud y Coordinadores de cuidados
* Sus derechos y responsabilidades
* **Usted tiene derecho a tomar decisiones sobre su cuidado, incluso a rechazar el tratamiento. Esto incluye el derecho a:**
* Elegir a su médico personal (PCP). Usted puede cambiar su PCP en cualquier momento durante el año. Puede llamar al <insert number> si desea cambiar su PCP.
* Elegir un Coordinador de Respaldos a Largo Plazo (LTS).
* Ver a un proveedor de servicios médicos para mujeres sin preautorización.
* Recibir rápidamente sus servicios y medicamentos cubiertos.
* Conocer y recibir todos los beneficios, servicios, derechos y responsabilidades que tiene con <plan name>, Medicare y MassHealth.
* Conocer cuál puede ser el resultado de sus opciones de tratamiento.
* Rechazar el tratamiento en la medida que lo permita la ley, aunque su médico aconseje lo contrario.
* Dejar de tomar medicamentos.
* Pedir una segunda opinión acerca de cualquier cuidado de salud que su PCP o su Equipo de cuidados le aconseje recibir. <Plan name> pagará el costo de la consulta para la segunda opinión.
* Crear y aplicar cualquier instrucción anticipada, como un testamento o poder legal para decisiones médicas.
* **Usted tiene derecho al acceso oportuno al cuidado de salud sin obstáculos de comunicación o de acceso físico.** Esto incluye el derecho a:
* Recibir atención de salud por servicios cubiertos en los plazos descritos en el *Manual del miembro* y a presentar una apelación si no recibe la atención en esos plazos.
* 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, otros proveedores y su plan de seguro médico. Llame al <insert number> si necesita ayuda con este servicio.
* Que se traduzcan a su idioma principal el *Manual del miembro* y todos los materiales impresos de <plan name> y/o que le sean leídos si tiene problemas para ver o para leer. Los servicios de interpretación estarán a su disposición al solicitarlos y sin costo.
* Estar libre de cualquier tipo de restricción o reclusión física que se usaría como medio de intimidación, fuerza, disciplina, conveniencia o represalia.
* **Usted tiene derecho a buscar cuidado de emergencia y urgencia cuando la necesite. *Esto significa que usted tiene derecho a:***
* Recibir servicios de emergencia y urgencia las 24 horas del día, 7 días de la semana, sin aprobación previa.
* 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 se mantenga privada su información médica personal, así como todo lo que usted hable con ellos. No se proporcionará información médica personal a nadie sin su consentimiento, a menos que lo exija la ley.
* Tener privacidad durante el tratamiento
* **Usted tiene el derecho a quejarse sobre su atención o servicios cubiertos:**
* Tener acceso a un proceso sencillo para expresar sus inquietudes y a esperar que <plan name> les dé seguimiento.
* Presentar una queja o reclamación contra nosotros o nuestros proveedores. También tiene derecho a apelar ciertas decisiones tomadas por nosotros o nuestros proveedores.
* Pedir una audiencia imparcial del estado de Massachusetts.
* Obtener una explicación detallada del por qué se negaron los servicios.
* Cancelar su inscripción en <plan name> y cambiar a otro plan, llamando al Centro de servicio al cliente de Massachusetts al 1-800-841-2900. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-800-497-4648.
* **Sus responsabilidades incluyen, entre otras, las siguientes:**
  + Usted tiene la responsabilidad de tratar a otros con respeto, justicia y dignidad. Usted debe:
* Tratar a sus proveedores de atención de salud con dignidad y respeto.
* Asistir a sus citas, llegar a tiempo y llamar con anticipación si llegará tarde o tiene que cancelarlas.
* **Usted tiene la responsabilidad de dar información sobre usted y su salud.** Usted debe:
  + Decirle a su proveedor de cuidado de salud sus quejas de salud claramente y darle la mayor información posible.
  + Hablarle a su proveedor de cuidado de salud sobre usted y su historial de salud.
  + Decirle a su proveedor de cuidado de salud que usted es miembro de <plan name>.
  + Hablar con su <PCP>, Equipo de cuidados, Coordinador de cuidados u otra persona apropiada, sobre pedir los servicios de un especialista antes de ir a un hospital (excepto en casos de emergencias o cuando usted vaya para ciertos servicios cubiertos).
  + Decirle a su <PCP>, equipo de cuidados, coordinador de cuidados u otra persona apropiada sobre una emergencia o tratamiento fuera de la red dentro de las 48 horas siguientes.
  + Notificar al departamento de Servicios al miembro de <plan name> si hay cambios en su información personal, como su dirección o número de teléfono.
* **Usted tiene la responsabilidad de tomar decisiones sobre su atención, incluyendo rechazar el tratamiento.** Usted debe:
* Informarse de sus problemas de salud y cualquier tratamiento recomendado y considerar el tratamiento antes de que se realice.
* Trabajar con su Equipo de cuidados y crear juntos planes de tratamiento y objetivos.
* Seguir las instrucciones y los planes de cuidado que usted y su proveedor de cuidado de salud hayan acordado, y recordar que rechazar el tratamiento recomendado por su proveedor de cuidado de salud podría dañar su salud.
* **Usted tiene la responsabilidad de obtener sus servicios de <plan name>.** Usted debe:
* Recibir toda su atención de salud de <plan name>, excepto en casos de emergencia, atención de urgencia, servicios de diálisis fuera del área o servicios de planificación familiar, a menos que <plan name> proporcione una autorización previa para atención fuera de la red.
* Impedir que otra persona use su Tarjeta de Identificación de Miembro de <plan name> para obtener servicios de salud.
* Notificar a <plan name> cuando crea que alguien ha usado indebidamente y a propósito beneficios o servicios de <plan name>.

Usted puede ser responsable del pago de servicios no cubiertos por <plan name>.Hay una lista completa de los servicios cubiertos en el *Manual del miembro.*

Para obtener más información sobre sus beneficios, puede leer el *Manual del miembro* de <plan name>. Si tiene alguna pregunta también puede llamar a Servicios al miembro de <plan name>.

# Cómo presentar una queja o apelar un servicio denegado

Si tiene alguna queja o piensa que <plan name> debería cubrir algo que negamos, llame a <plan name> al <toll-free number>. Es posible que usted pueda apelar nuestra decisión.

Si tiene dudas sobre sus derechos, puede leer el *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.*]

# Qué hacer si usted quiere ayuda independiente con alguna queja o inquietud

My Ombudsman es un programa independiente que puede ayudarle si tiene alguna pregunta, inquietud o problemas relativos a One Care. Usted puede comunicarse con My Ombudsman para obtener información o ayuda. Los servicios de My Ombudsman son gratuitos.

* My Ombudsman puede responder a sus preguntas o enviarle al lugar correcto para encontrar lo que usted necesite.
* My Ombudsman puede ayudarle a resolver un problema o inquietud sobre My Ombudsman o su plan de One Care, <plan name>. My Ombudsman le escuchará, investigará el problema y discutirá con usted las opciones para ayudarle a resolver el problema.
* My Ombudsman ayuda con apelaciones. Una apelación es una manera formal de pedir a su plan de One Care, MassHealth o Medicare, que revisen una decisión sobre sus servicios. My Ombudsman puede hablar con usted sobre cómo presentar una apelación y qué esperar durante el proceso de apelación.

Usted puede llamar, escribir o visitar a My Ombudsman en su oficina.

* Llame al 1-855-781-9898, de lunes a viernes, de 8:00 A.M. a 4:00 P.M.
  + Use el 7-1-1 para llamar al 1-855-781-9898. Este número es para personas sordas o con dificultades auditivas o del habla.
  + Use la videollamada (VP) 339-224-6831. Este número es para personas sordas o con dificultades auditivas.
* Envíe un correo electrónico a [info@myombudsman.org](mailto:info@myombudsman.org)
* Escriba a la oficina de My Ombudsman o visítela en 11 Dartmouth Street, Suite 301, Malden, MA 02148
* Vaya a la página de My Ombudsman en internet en <http://www.dpcma.org/myombudsman>

# Qué hacer si sospecha algún fraude

La mayoría de los profesionales de atención 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 al Centro de servicios al cliente de MassHealth al 1-800-841-2900. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-800-497-4648.
* O, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048. Usted puede llamar a estos números gratuitos, las 24 horas del día y 7 días a la semana.
* [*Plans may also insert additional State-based resources for reporting fraud.*]