<Plan name> *Manual del Participante*

* [Before use and under the appropriate, State-specific material code(s), the plan must upload in HPMS *only (1) a standalone ANOC and (2) a standalone EOC (Participant Handbook).* The plan should work with its marketing reviewers to withdraw any duplicate material submitted in error. The plan 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 User’s Guide in HPMS. Note that the plan must enter AMD information for ANOC mailings only for mailings to current Participants. The plan should not enter ANOC AMD information for October 1, November 1, or December 1 effective enrollment dates or for January 1 effective enrollment dates for any new Participants.]
* [The plan is 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)*.*]
* [The plan may add a front cover to the Participant Handbook that contains information such as the plan name, Participant Handbook title, and contact information for Participant Services. The plan may add a logo and/or photographs to the front cover as long as these elements do not make it difficult for Participants to read other information on the cover. If the plan adds a front cover, it must contain the Material ID.]
* [Where the template uses “medical care,” “medical services,” or “health care services” to explain services provided, plan may revise and/or add references to long-term services and supports and/or home and community-based services as applicable.]
* [Where the template instructs inclusion of a phone number, the FIDA-IDD Plan must ensure it is a toll-free number and include a toll-free TTY number, and days and hours of operation.]
* [The plan should refer Participants to other parts of the handbook using the appropriate chapter number, section, and/or page number. For example, "ver Capítulo 9, Sección A, página 1." An instruction [plan may insert reference, as applicable] is listed next to each cross reference throughout the handbook.]
* [*Wherever possible, the plan is encouraged to adopt good formatting practices that make information easier for English-speaking and non-English speaking enrollees to read and understand. The following are based on input from beneficiary interviews:*
* *Format a section, chart, table, or block of text to fit onto a single page. In instances where plan-customized information causes an item or text to continues on the following page, enter a blank return before right aligning with clear indication that the item continues (for example, similar to the Benefits Chart in Chapter 4 of the Participant Handbook, insert:* **Esta sección se continúa en la página siguiente***).*
* *Ensure plan-customized text is in plain language and complies with reading level requirements established in the three-way contract.*
* *Break up large blocks of plan-customized text into short paragraphs or bulleted lists and give a couple of plan-specific examples as applicable.*
* *Spell out an acronym or abbreviation before its first use in a document or on a page (for example, Long-term services and supports (LTSS) or low income subsidy (LIS)).*
* *Include the meaning of any plan-specific acronym, abbreviation, or key term with its first use.*
* *Avoid separating a heading or subheading from the text that follows when paginating the model.*
* *Use universal symbols or commonly understood pictorials.*
* *Draft and format plan-customized text and terminology in translated models to be culturally and linguistically appropriate for non-English speakers.*
* *Consider using regionally appropriate terms or common dialects in translated models.*
* *Include instructions and navigational aids in translated models in the translated language rather than in English.*
* *Consider producing translated models in large print.*]

**<start date> – <end date>**

**Su cobertura de salud y medicamentos con el plan <plan name>**

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

[Optional: Insert Participant name.]

[Optional: Insert Participant address.]

**Introducción al *Manual del participante***

Este manual habla de la cobertura de su seguro de salud bajo <plan name> (Medicare-Medicaid Plan) desde el momento en que usted se inscribe en <plan name> hasta <end date>. Explica cómo <plan name> cubre los servicios de Medicare y Medicaid, incluyendo cobertura de medicamentos sin costo para usted. También explica los servicios de cuidado de salud, de los trastornos del desarrollo, de salud del comportamiento, de medicamentos de receta y los servicios y respaldos a largo plazo (LTSS) que cubre <plan name>.

Los LTSS incluyen cuidado a largo plazo en instituciones y servicios y apoyos a largo plazo con base en la comunidad. Los servicios y apoyos a largo plazo proveen el cuidado que usted necesita en su hogar y en la comunidad y ayudan a disminuir las posibilidades de ir a una institución de enfermería especializada edad o a un hospital. Términos clave y sus definiciones se encuentran en orden alfabético en el último capítulo del *Manual del participante*.

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

<Plan name> es un Plan FIDA-IDD (Fully Integrated Duals Advantage for Individuals with Intellectual and Developmental Disabilities [Organización integral para personas elegibles para ambos programas para personas con discapacidades intelectuales y del desarrollo]) que es ofrecido por [insert sponsor name]. Cuando en este *Manual del participante* dice “nosotros,” “a nosotros” o “nuestro,” significa [insert sponsor name]. Cuando dice “el plan” o “nuestro plan,” significa <plan name>.

ATENCIÓN: Si habla [insert language of the disclaimer], tiene disponible los servicios de asistencia de idioma gratis. Llame al [*insert Participant Services toll-free phone and TTY numbers and days and hours of operation*]. La llamada es gratis. [This disclaimer must be included in all non-English languages that meet the Medicare and/or state thresholds for translation.]

Usted puede obtener esta información en otros formatos tales como, letra agrandada, braille, o en audio, de forma gratuita. Llame al [*insert Participant Services toll-free phone and TTY numbers and days and hours of operation*]. La llamada es gratuita.

[The plan also must simply describe:

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

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

**Renuncias de garantías**

* [The plan 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”. Cumple con el requisito de responsabilidad individual compartida de la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible. Visite el sitio web de Servicios de Rentas Internas (IRS, por sus siglas en inglés) en [www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families](http://www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families) para obtener más información sobre el requisito de responsabilidad compartida individual.
* El estado de New York ha creado un programa de ombudsman para participantes, llamado Independent Consumer Advocacy Network (ICAN) que es para proveer ayuda confidencial y gratuita para cualquier servicio ofrecido por <plan name>. Se puede comunicar con ICAN al teléfono gratuito 1-844-614-8800 (los usuarios de TTY deben llamar al 711 y seguir las indicaciones para llamar al 844-614-8800), o por internet al [icannys.org](http://icannys.org/).
* [The plan may insert additional disclaimers or state-required statements, including state-required disclaimer language, here.]

Capítulo 1: Cómo comenzar como participante

Introducción

Este capítulo incluye información sobre <plan name>, un plan de salud que cubre todos sus servicios de Medicare y Medicaid, y su participación en éste. También le dice lo que debe esperar y qué otra información recibirá de <plan name>. Términos clave y sus definiciones se encuentran en orden alfabético en el último capítulo del *Manual del participante*.

[*The 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](#_Toc14436539)

[B. Información sobre Medicare y Medicaid 7](#_Toc14436540)

[B1. Medicare 7](#_Toc14436541)

[B2. Medicaid 7](#_Toc14436542)

[C. Ventajas de este plan FIDA-IDD 8](#_Toc14436543)

[D. El área de servicio de <plan name> 9](#_Toc14436544)

[E. Lo que lo hace elegible para ser participante del plan 10](#_Toc14436545)

[F. Qué esperar al inscribirse por primera vez en el Plan FIDA-IDD 12](#_Toc14436546)

[G. Su plan de vida 12](#_Toc14436547)

[H. Cuota mensual de <Plan name> 13](#_Toc14436548)

[I. El *Manual del participante* 13](#_Toc14436549)

[J. Otra información que le enviaremos 13](#_Toc14436550)

[J1. Su Tarjeta de identificación como participante de <plan name> 13](#_Toc14436551)

[J2. *Directorio de proveedores y farmacias* 14](#_Toc14436552)

[J3. *Lista de medicamentos cubiertos* 15](#_Toc14436553)

[J4. *Explicación de beneficios* 16](#_Toc14436554)

[K. Cómo mantener actualizado su expediente de participante 16](#_Toc14436555)

[K1. La privacidad de su información personal (PHI, por sus siglas en inglés) 17](#_Toc14436556)

# A. Bienvenido a <plan name>

<Plan name> es un plan FIDA-IDD Fully Integrated Duals Advantage plan for individuals With Intellectual and Developmental Disabilities (Organización integral para personas elegibles para ambos programas para personas con discapacidades intelectuales y del desarrollo, FIDA-IDD). Un plan FIDA-IDDes una organización compuesta por médicos, hospitales, farmacias, proveedores de servicios para discapacidades del desarrollo, proveedores de servicios y respaldos a largo plazo (LTSS) y otros proveedores. Además, incluye administradores de cuidados y equipos interdisciplinarios de cuidados (IDTs) que le ayudarán coordinando todos sus proveedores y servicios. Ellos trabajan conjuntamente para darle el cuidado que usted necesita.

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

FIDA-IDD es un plan piloto administrado conjuntamente por el estado de New York y el gobierno federal para ofrecer mejor cuidado de salud a personas con discapacidades intelectuales y del desarrollo, quienes tienen Medicare y Medicaid. Con este programa piloto, el estado y el gobierno federal evaluarán maneras de mejorar la forma en que usted recibe cuidado de salud de Medicare y Medicaid. En el presente, este plan piloto está programado a terminar el 31 de diciembre de 2020.

[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

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

Cada estado decide:

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

Los estados pueden decidir cómo administrar sus propios programas, siempre y cuando sigan las reglas federales. Los servicios especializados para discapacidades del desarrollo están a disposición de las personas consideradas elegibles para los servicios autorizados por Office for People With Developmental Disabilities (OPWDD, Oficina para personas con discapacidades del desarrollo).

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

* usted sea elegible para participar en el plan piloto de FIDA-IDD,
* nosotros decidamos ofrecer el plan FIDA-IDD, y
* Medicare y el estado de New York aprueben que <plan name> participe en el plan piloto de FIDA-IDD.

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

# C. Ventajas de este plan FIDA-IDD

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

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

* Usted podrá trabajar con **un** plan de salud para **todas** sus necesidades de seguro de salud.
* Usted tendrá un IDT armado con su ayuda.
* Un equipo interdisciplinario es un grupo de personas que conocerán sus necesidades y que trabajarán con usted para formular y llevar a cabo un plan de vida centrado en sus necesidades específicas.
* Su IDT incluirá a su Administrador de Atención, sus proveedores primarios de servicios de discapacidad en el desarrollo y otros profesionales de salud que están aquí para ayudarlo a recibir la atención que necesita.
* Usted tendrá un administrador de cuidados. Esta persona trabajará con usted, con <plan name> y con sus proveedores con el fin de que usted reciba el cuidado de salud que necesita.
* Usted podrá controlar el cuidado de su salud con ayuda de su equipo de cuidados y del coordinador.
* El equipo de cuidados y el coordinador trabajarán con usted para preparar un plan de vida específicamente diseñado para atender sus necesidades de salud. El equipo de cuidados estará a cargo de coordinar los servicios que usted necesita. Por ejemplo:
* Su IDT le ayudará a recibir los servicios con base en la comunidad que usted necesite para vivir en la comunidad.
* Su IDT se asegurará de informar a sus médicos todos los medicamentos que usted toma, para reducir efectos secundarios.
* Su IDT se asegurará de que los resultados de sus exámenes sean enviados a todos sus médicos y otros proveedores.
* Su IDT le ayudará a hacer sus citas con 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 only if approved for entire county, for example: Nuestra área de servicios incluye estos condados en <State>: <counties>.

For an approved partial county, use county name plus approved ZIP code(s), for example: Nuestra área de servicios incluye partes del condado de <county> con estos códigos postales: <ZIP code(s)>.

If needed, the plan 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 nuestra área de servicio.

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

# E. Lo que lo hace elegible para ser participante del plan

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

* Vive en nuestra área de servicio;
* Usted tiene derecho a recibir Medicare Parte A, está registrado en Medicare Parte B, y es elegible para Medicare Part D;
* Es elegible para Medicaid;
* Es ciudadano de Estados Unidos o esté presente legalmente en los Estados Unidos;
* Tiene 21 años o más al inscribirse;
* Usted es elegible para servicios de OPWDD, de acuerdo con New York State Mental Hygiene Law 1.03(22) (Ley de higiene mental del estado de New York); y
* Se ha determinado que usted es elegible para cuidados en una institución de cuidado intermedio para personas con discapacidades intelectuales (ICF-IID); y
* Si usted está recibiendo servicios de excepción de la como una alternativa para residir en una IDC-IID, usted está inscrito en un programa de excepción integral de OPWDD;
* Si usted no está excluido de registrarse de acuerdo a las siguientes exclusiones.

Usted no podrá unirse al plan si:

* Usted es residente de una institución de Salud Mental (OMH) del estado de New York (NYS);
* Usted es residente de una institución de enfermería especializada (SNF) o institución de enfermería (NF). Al abandonar la SNF o NF, la persona con I/DD se vuelve elegible para el plan piloto FIDA-IDD o para Medicaid con cuota por servicio. Un participante de FIDA-IDD que inmediatamente después de inscribirse en el plan piloto FIDA-IDD requiera ser residente en una SNF o NF, se quedará en el plan piloto FIDA-IDD.
* Usted es residente de un centro de desarrollo. Al abandonar el centro de desarrollo, la persona con I/DD se vuelve elegible para el plan piloto FIDA-IDD o para Medicaid con cuota por servicio. A un participante de FIDA-IDD que después de inscribirse en el plan piloto FIDA-IDD permanezca de manera continua en un centro de desarrollo por más de 90 días, se le cancelará su inscripción a partir del primer día del mes siguiente.
* Usted tiene menos de 21 años;
* Usted es residente de una institución siquiátrica;
* Espera ser elegible para Medicaid por menos de seis meses:
* Es elegible para los beneficios de Medicaid solamente relacionados a servicios de tuberculosis;
* Usted es una persona con “responsabilidad condal o fiscal”, Código 99 (personas elegibles solamente para servicios contra el cáncer del seno o del cuello del útero);
* Está recibiendo servicios de hospicio (en el momento de registrarse);
* Usted es una persona con “responsabilidad condal o fiscal”, Código 97 (personas que residen en una facilidad OMH del NYS);
* Es elegible para el programa de expansión de planificación familiar;
* Usted tiene menos de 65 años de edad (fue examinado y necesita tratamiento) en el programa de detección temprana del cáncer del seno o del cuello del útero de Centers for Disease Control and Prevention (Centros para el control y prevención de enfermedades), necesita tratamiento contra el cáncer del seno o del cuello del útero y no está cubierta de alguna manera bajo una cobertura de salud acreditable;
* Es residente de un programa a largo plazo de abuso de alcohol o sustancias;
* Es elegible sólo para Medicaid de emergencia;
* Está registrado en un programa de exclusión de la sección 1915 (c) diferente del programa integral de excepción OPWDD. Las personas inscritas en los programas de excepción de la sección 1915(c) siguiente, no son elegibles para participar en el programa piloto FIDA-IDD:
* Por lesiones cerebrales traumáticas (TBI)
* Programa de excepción de transición y distracción del hogar para personas mayores (NHTD)
* Programa de excepción de cuidado en el hogar a largo plazo.
* Usted es residente de un programa de vida con respaldo (ALP); **o**
* Está en un programa piloto de adopción de cuidado de familia.

# F. Qué esperar al inscribirse por primera vez en el Plan FIDA-IDD

Al inscribirse por primera vez en el plan, usted recibirá una evaluación integral de riesgos de salud dentro de los primeros 30 días. La evaluación será llevada a cabo por una enfermera registrada de <plan name>.

Usted puede seguir viendo a los médicos y recibir los servicios que tiene actualmente por cierta cantidad de tiempo. Esto se llama “período de transición”. En la mayoría de los casos, el período de transición durará 90 días o hasta que el plan de vida esté completo y sea implementado, lo que suceda último. No obstante, usted podrá decidir comenzar a recibir servicios de acuerdo con su plan de vida aprobado antes de los 90 días.

A menos que <plan name> o su IDT decidan otra cosa, después del período de transición, usted deberá ver a médicos y a otros proveedores de la red de <plan name>. Un proveedor de la red es un proveedor que trabaja con <plan name>.En el Capítulo 3 [plan may insert reference, as applicable] encontrará más información sobre cómo obtener cuidado de salud.

Existen dos excepciones al período de transición que describimos anteriormente:

* Si usted está recibiendo servicios de un proveedor de salud del comportamiento en el momento de su registración, puede continuar recibiendo los servicios de ese proveedor hasta que el tratamiento termine, pero no por más de dos años, aún cuando el proveedor no participe en la red de <plan name>.
* Si vive en una residencia certificada por OPWDD, usted podrá seguir recibiendo servicios residenciales de su proveedor actual, siempre y cuando su plan de vida siga describiendo la necesidad del servicio.

# G. Su plan de vida

Después que el administrador de cuidados de <plan name>, termine la evaluación total, su IDT se reunirá con usted, para hablar sobre los servicios de salud que necesita y prepararán un plan de vida.Su plan de vida es un plan para los servicios de salud, LTSS, medicamentos y necesidades sociales que usted recibirá y cómo los recibirá.

Usted tendrá una re-evaluación integral por lo menos una vez al año después de la fecha de realización de su evaluación inicial. Su equipo de cuidados trabajará con usted para actualizar su plan de vida. Dentro de los 30 días calendario de la actualización, su equipo de cuidados trabajará con usted para actualizar su plan de vida. Usted puede pedir una evaluación nueva o una actualización de su plan de vida, en cualquier momento durante el año, hablando con su administrador de cuidados.

# H. Cuota mensual de <Plan name>

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

# I. El *Manual del participante*

Este *Manual del participante* forma parte de nuestro contrato con usted. Esto significa que debemos seguir todas las reglas de este documento. Si cree que hemos hecho algo que vaya en contra de estas reglas, usted podrá apelar o cuestionar nuestras decisiones. Para obtener información sobre cómo apelar, lea el Capítulo 9 [plan may insert reference, as applicable] o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), o llame a Independent Consumer Advocacy Network al 1-844-614-8800 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). También puede cuestionar la calidad de los servicios que le damos llamando a Servicios al participante al <phone number>.

Puede pedir un *Manual del participante* llamando a Servicios al participante al <phone number>. También puede ver el *Manual del participante* en <web address> o descargarlo de este sitio web.

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

Ya debe haber recibido la tarjeta de identificación del participante de <nombre del plan>, instrucciones sobre cómo acceder al *Directorio de proveedores y farmacias* en línea o debe haber solicitado una copia por correo, [*if the plan limits DME brands and manufacturers, insert*: una Lista de equipos médicos duraderos,] y [insert if applicable: información sobre cómo acceder a] una *Lista de medicamentos* (Lista de medicamentos).

## J1. Su Tarjeta de identificación como participante de <plan name>

Con nuestro plan, usted sólo tendrá una tarjeta para sus servicios de Medicare y Medicaid, incluyendo LTSS y medicamentos de receta. Usted debe mostrar esta tarjeta cuando reciba servicios o medicamentos. La siguiente tarjeta es una muestra de cómo se verá la suya:

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

Si su tarjeta se daña, se pierde o se la roban, llame inmediatamente a Servicios al participante y le enviaremos una tarjeta nueva.

Mientras usted sea participante de nuestro plan, no tendrá que usar su tarjeta de Medicare (roja, blanca y azul) ni su tarjeta de Medicaid para recibir servicios. Guarde esas tarjetas en un lugar seguro, en caso que las necesite más adelante. Si muestra su tarjeta de Medicare en lugar de su tarjeta de identificación de miembro del plan <plan name>, el proveedor podrá facturarle a Medicare en lugar de a su plan, y usted podría recibir una factura. Lea el Capítulo 7 [plans may insert reference, as applicable] para saber qué hacer si recibe una factura de un proveedor

## J2. *Directorio de proveedores y farmacias*

El *Directorio de proveedores y farmacias* incluye una lista de los proveedores y farmacias de la red de <plan name>. Mientras usted sea miembro de nuestro plan, deberá usar proveedores de la red para obtener servicios cubiertos. Existen algunas excepciones cuando usted se inscribe por primera vez en nuestro plan (vaya a la página <page number>).

También existen excepciones si usted no encuentra un proveedor que pueda atender sus necesidades. Tendrá que hablar sobre esto con su IDT.

* Usted puede llamar a Servicios al participante y pedirles que le envíen por correo una copia del *Directorio de proveedores y farmacias.*
* También podrá encontrar el *Directorio de proveedores y farmacias* en <web address> o descargarlo de ese sitio web.

Tanto el representante de Servicios al participante como el sitio web podrán darle la información más actualizada sobre los cambios en nuestra red de proveedores.

**Definición de los proveedores de la red**

* [Plan should modify this paragraph to include all services covered by the state, including LTSS.] Los proveedores de la red de <plan name> son:
* Proveedores de servicios especializados para personas con discapacidad del desarrollo:
* Médicos, enfermeras y otros profesionales del cuidado de la salud, a los que usted podrá visitar siendo participante de nuestro plan;
* Clínicas, hospitales, instituciones de enfermería especializada edad y otros sitios que proporcionan servicios de salud en nuestro plan; y
* Agencias de cuidado de salud en el hogar, proveedores de equipo médico duradero y otros proveedores de bienes y servicios que usted recibe a través de Medicare o Medicaid.

Los proveedores de la red acordaron aceptar pagos de nuestro plan por los servicios cubiertos como pago total. Al visitar estos proveedores, usted no tendrá que pagar nada por los servicios cubiertos.

**Definición de las farmacias de la red**

* Las farmacias de la red son farmacias que han acordado surtir recetas para los participantes de nuestro plan. Use el *Directorio de proveedores y farmacias* para encontrar la farmacia de la red que usted desee usar.
* Excepto en casos de emergencia, usted deberá surtir sus medicamentos de receta en las farmacias de nuestra red si desea que nuestro plan los pague. No existe costo para usted cuando recibe los medicamentos a través de las farmacias de la red.

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

[If the plan limits 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 participante, le enviamos la Lista de equipo médico duradero de <plan name>. Esta lista le indica las marcas y fabricantes de equipo médico duradero que cubrimos. La lista más reciente de marcas, fabricantes y proveedores también está disponible en nuestro sitio web en <website address>. Lea el Capítulo 4, [plans may insert reference, as applicable] para más información sobre equpipo DME.]

## J3. *Lista de medicamentos cubiertos*

El plan tiene una *Lista de medicamentos cubiertos.* Para abreviar, la llamamos “Lista de medicamentos” y dice cuáles medicamentos de receta están cubiertos por <plan name>.

La Lista de medicamentos dice también si algún medicamento tiene reglas o restricciones, por ejemplo, un límite a la cantidad que podrá obtener. En el Capítulo 5 [plan 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 EOB se indica la cantidad total que usted ha gastado de la Parte D por medicamentos de receta durante el mes. En el Capítulo 6 se ofrece más información sobre la *Explicación de beneficios* y cómo le ayudarán a llevar un registro de la cobertura de sus medicamentos.

La EOB también está disponible cuando usted la pida. Para obtener una copia, comuníquese con Servicios al participante.

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

# K. Cómo mantener actualizado su expediente de participante

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

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

Los proveedores y farmacias de la red del plan necesitan tener su información correcta. **Ellos utilizarán su expediente para saber qué servicios y medicamentos usted recibe.** 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;
* Ingresa a una institución de enfermería especializada o a un hospital;
* Cuidados en un hospital o sala de emergencias fuera del área o fuera de la red;
* Cambios en quien la persona encargada de su cuidado o la persona responsable por usted es;
* Usted es parte de o forma parte en una investigación clínica.

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

[If the plan allows Participants to update this information online, it may describe that option here.]

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

La información en su registro de participante puede incluir PHI. 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 [plan may insert reference, as applicable].