<Plan name> *Manual del miembro*

* [*Before use and under the appropriate, State-specific material code(s), plans must upload in HPMS only (1) a standalone ANOC and (2) a standalone EOC (Member Handbook). Plans should work with their marketing reviewers to withdraw any duplicate material submitted in error. Plans must enter Actual Mail Dates (AMDs) for ANOCs in accordance with CMS requirements* as detailed in the “Update AMD/Beneficiary Link/Function” section of the Marketing Review Users Guide in HPMS. Note that plans must enter AMD information for ANOC mailings only for mailings to current members. Plans should not enter ANOC AMD information for October 1, November 1, or December 1 effective enrollment dates or for January 1 effective enrollment dates for any new members*.*]
* [*Plans may add a front cover to the Member Handbook that contains information such as the plan name, Member Handbook title, and contact information for Member Services. Plans may add a logo and/or photographs to the front cover as long as these elements do not make it difficult for members to read other information on the cover. If plans add a front cover, it must contain the Material ID*.]
* [*Where the template uses “medical care,” “medical services,” or “health care services,” to explain services provided, plans may revise and/or add references to long-term services and supports and/or home and community-based services as applicable.*]
* [*Where the template instructs inclusion of a phone number, plans must ensure it is a toll-free number and include a TTY number and days and hours of operation.*]
* [*Except in disclaimers, plans should reference Member Services’ contact information at the bottom of the page instead of repeating phone numbers and days and hours of operation throughout materials*.]
* [*Plans should refer members 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* [*plans may insert reference, as applicable*] *is listed next to each cross reference throughout the handbook.*]
* [*Wherever possible, plans are encouraged to adopt good formatting practices that make information easier for English-speaking and non-English speaking enrollees to read and understand. The following are based on input from beneficiary interviews:*
* *Format a section, chart, table, or block of text to fit onto a single page. In instances where plan-customized information causes an item or text to continues on the following page, enter a blank return before right aligning with clear indication that the item continues (for example, similar to the Benefits Chart in Chapter 4 of the Member Handbook, insert:* **Esta sección 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> de Medicare-Medicaid**

[Optional: Insert member name.]  
[Optional: Insert member address.]

Introducción al *Manual del miembro*

Este manual habla de la cobertura bajo <plan name> hasta <end date>. También explica los servicios de cuidado de salud, cobertura de salud del comportamiento, de medicamentos de receta y los servicios y respaldos a largo plazo. Los servicios y respaldos a largo plazo le proporcionan la ayuda que usted necesite, ya sea que reciba servicios en el hogar o en un hogar para personas mayores. Términos clave y sus definiciones se encuentran en orden alfabético en el último capítulo del *Manual del miembro*.

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

<Plan name> (un Plan de Medicare y Medicaid) es ofrecido por [insert sponsor name]. Cuando en este *Manual del miembro* dice “nosotros,” “a nosotros” o “nuestro,” significa [insert sponsor name].Cuando dice “el plan” o “nuestro plan,” significa <plan name>.

ATENCIÓN: Usted puede obtener este manual de manera gratuita en otros idiomas. Por favor llame a servicios al miembro al [insert Member Services toll-free phone and TTY numbers, and hours of operation]. La llamada es gratuita.

Usted puede obtener este manual gratis en otros formatos como letras grandes, braille o audio. Llame al [insert Member Services 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.]

[Plans must include an overall Table of Contents for the Member Handbook after the Member Handbook Introduction and before the Member Handbook Disclaimers.]

Renuncias de garantías

* [*Plans must include all applicable disclaimers as required in the Medicare Communications and Marketing Guidelines and State-specific Marketing Guidance.*]
* La cobertura en virtud de <plan name> es una cobertura médica calificada llamada “cobertura esencial mínima”. La misma, satisfice el requerimiento de responsabilidad compartida del Acta de protección y cuidado accesible al paciente (ACA, por sus siglas en inglés). Visite el sitio web del Servicio de Rentas Internas (IRS) en [www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families](http://www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families) para obtener mas información sobre el requerimiento de responsabilidad compartida.
* [Consistent with the formatting in this section, plans may insert additional bulleted disclaimers or state-required statements, including state-required disclaimer language, here.]

Capítulo 1: Cómo comenzar como miembro

Introducción

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

[*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. Bienvenido a <plan name> 7](#_Toc13482283)

[B. Información sobre Medicare y Medicaid 7](#_Toc13482284)

[B1. Medicare 7](#_Toc13482285)

[B2. Medicaid 7](#_Toc13482286)

[C. Las ventajas de este plan 8](#_Toc13482287)

[D. El área de servicio de <plan name> 9](#_Toc13482288)

[E. Qué lo hace ser miembro del plan 9](#_Toc13482289)

[F. Qué esperar al inscribirse por primera vez en un plan de salud 10](#_Toc13482290)

[G. Su plan de cuidado de salud 11](#_Toc13482291)

[H. La cuota mensual de <plan name> 11](#_Toc13482292)

[I. El *Manual del miembro* 11](#_Toc13482293)

[J. Otra información que le enviaremos 12](#_Toc13482294)

[J1. Su Tarjeta de identificación como miembro de <plan name> 12](#_Toc13482295)

[J2. *Directorio de proveedores y farmacias* 12](#_Toc13482296)

[J3. *Lista de medicamentos cubiertos* 14](#_Toc13482297)

[J4. *Explicación de beneficios* 14](#_Toc13482298)

[K. Cómo mantener actualizado su expediente de miembro 14](#_Toc13482299)

[K1. La privacidad de su información personal (PHI, por sus siglas en inglés) 15](#_Toc13482300)

# A. Bienvenido a <plan name>

<Plan name> es un plan de Medicare-Medicaid del programa Healthy Connections Prime. Un plan de Medicare-Medicaid es una organización compuesta por médicos, hospitales, farmacias, proveedores de servicios y respaldos a largo plazo y otros proveedores. Además, incluye [coordinadores de cuidados/administradores de cuidados (plan’s preference)] y equipos de cuidados 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 South Carolina y por los CMS (Centros para servicios de Medicare y Medicaid) para ofrecerle servicios como parte de Healthy Connections Prime.

Healthy Connections Prime es un programa piloto manejado por el estado de South Carolina y el gobierno federal para ofrecer mejor cuidado de salud a quienes tienen Medicare y Medicaid. Con este programa piloto, el estado y el gobierno federal ensayarán maneras de mejorar la forma en que usted recibe cuidado de salud de Medicare y Medicaid.

[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, para ayudar a personas con ingresos y recursos limitados a pagar por servicios y respaldos a largo plazo y gastos médicos. También cubre servicios adicionales y medicamentos que Medicare no cubre. En South Carolina, Medicaid se llama Healthy Connections Medicaid.

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 de Medicaid, siempre y cuando sigan las reglas federales.

Medicare y el estado de South Carolina deben aprobar a <plan name> cada año. Usted puede obtener servicios de Medicare y Healthy Connections Medicaid por medio de nuestro plan, siempre y cuando:

* nosotros decidamos ofrecer el plan, y
* Medicare y el estado de South Carolina aprueben el plan.

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

# C. Las ventajas de este plan

Usted recibirá todos los servicios cubiertos por Medicare y Healthy Connections Medicaid a través de <plan name>. Esto incluye medicamentos de receta. **Usted no tiene que hacer ningún pago adicional para inscribirse en este plan de seguro de salud.**

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

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

# D. El área de servicio de <plan name>

[Insert plan service area here or within an appendix. Include a map if one is available.

Use county name 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 código(s) postal(es): <ZIP codes>.

If needed, plans may insert a table with more than one row or a short, bulleted list to describe and illustrate their service area in a way that is easy to understand.]

<Plan name> es sólo para personas que viven en 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 las implicaciones de mudarse fuera de nuestra área de servicio.

# E. Qué lo hace ser miembro del plan

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

* vive en nuestra área de servicio; **y**
* tiene 65 años de edad en el momento de su inscripción; **y**
* tiene Medicare Partes A y B y D; **y**
* es elegible para beneficios completos de Healthy Connections Medicaid; **y**
* es ciudadano de Estados Unidos o está presente legalmente en los Estados Unidos.

Aunque reúna todos los criterios de arriba, usted no será elegible para nuestro plan si usted:

* es parte de la población de reducción de gastos de Healthy Connections Medicaid: **o**
* tiene un Seguro completo de terceros; **o**
* vive en un Hogar de cuidados intermedios para personas con discapacidades intelectuales (ICF/IID) o un Hogar para personas mayores en el momento de la determinación de su elegibilidad; **o**
* está en un programa de hospicio o recibe servicios por Enfermedad renal en etapa terminal (ESRD) en el momento de la determinación de su elegibilidad; **o**
* participa en un programa de excepción comunitario a largo plazo, que no sea Community Choices Waiver, HIV/AIDS Waiver o Mechanical Ventilation Waiver.

Usted puede elegir **inscribirse o quedarse en <plan name>** si usted:

* está inscrito en un plan Medicare Advantage o un Programa de cuidados completos para personas mayores (PACE). Su inscripción en Healthy Connections Prime cancela automáticamente su inscripción en su programa existente y cualquier plan de Medicaid Part D; **o**
* se transfiere de un hogar para personas mayores o ICF/IIF a la comunidad; **o**
* ya está inscrito en este plan, pero después entra a un hogar para personas mayores; **o**
* está inscrito en este plan pero entra en un programa de hospicio o es elegible para servicios de ESRD.

# F. Qué esperar al inscribirse por primera vez en un plan de salud

Al inscribirse por primera vez en el plan, usted recibirá una evaluación inicial de riesgos de salud dentro de los primeros 30 días, para recoger información sobre su historial médico y social y sus necesidades.

También recibirá una evaluación completa dentro de los primeros 60 o 90 días, dependiendo de sus necesidades de salud. La evaluación completa dará una mirada más profunda a sus necesidades médicas, sociales y sus capacidades. Obtendremos información de usted, sus proveedores, su familia o las personas que le cuidan, cuando sea apropiado. Esta evaluación la realizarán profesionales de la salud entrenados y capacitados, como enfermeras, trabajadores sociales y [coordinador de cuidados **or** administrador de cuidados (plan’s preference)].

Podemos combinar su exploración inicial de salud y evaluación completa en una sola evaluación, realizada durante los primeros 60 días. De manera general, las personas inscritas en ciertos programas de excepción de Healthy Connections Medicaid [plans may insert other characteristics of high and moderate risk populations] recibirán la combinación de exploración inicial de salud y la evaluación completa.

Si su evaluación completa muestra que usted tiene necesidades de salud muy altas, posiblemente se le requiera que complete una Evaluación a largo plazo con una enfermera registrada. La Evaluación a largo plazo determina si necesita cuidado adicional en un hogar para personas mayores o a través de un programa de excepción con base en la comunidad.

**Si <plan name> es nuevo para usted**, usted puede seguir viendo a los médicos que ve ahora y conservar sus autorizaciones de servicios actuales durante 180 días después de su inscripción inicial. Durante este período de tiempo usted seguirá teniendo acceso a los mismos artículos, servicios y medicamentos de receta médicamente necesarios como hasta ahora. Usted seguirá teniendo acceso a sus proveedores médicos y mentales y a sus Servicios y respaldos a largo plazo (LTSS).

Muchos de los médicos y otros proveedores ya están en nuestra red, pero si no están, después de 180 días en nuestro plan, usted tendrá que ver médicos y otros proveedores de nuestra red. Podemos ayudarle a hacer la transición a un proveedor de la red en menos de 180 días, una vez que haya completado su evaluación completa, desarrollado un plan de transición y, solamente si usted está de acuerdo. Un proveedor de la red es un proveedor que trabaja con el plan de salud. Lea más información sobre cómo obtener cuidados en el Capítulo 3 [plans may insert reference, as applicable].

# G. Su plan de cuidado de salud

Su plan de cuidado de salud es un plan para determinar qué servicios médicos usted recibirá y cómo los recibirá.

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

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

# H. La cuota mensual de <plan name>

<Plan name> no tiene una cuota mensual de plan.

# I. El *Manual del miembro*

Este *Manual del miembro* forma parte de nuestro contrato con usted. Esto significa que debemos seguir todas las reglas de este documento. Si cree que hemos hecho algo que vaya en contra de estas reglas, usted podrá apelar o cuestionar nuestras decisiones. Para obtener información sobre cómo apelar, lea el Capítulo 9 [plans may insert reference, as applicable] o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

Puede solicitar un *Manual del miembro* llamando a Servicios al miembro al <phone number>. También puede ver el *Manual del miembro* en <web address> o descargarlo de ese sitio web. [Plans may modify language if the Member Handbook will be sent annually.]

El contrato estará vigente durante los meses en que usted esté inscrito en <plan name> entre <start date> y <end date>.

# J. Otra información que le enviaremos

Usted ya debe haber recibido una Tarjeta que le identifica como miembro de <plan name>, [insert if applicable: información sobre cómo acceder a] un *Directorio de proveedores y farmacias,* [plans that limit DME brands and manufacturers insert: una Lista de equipo médico duradero] y [*insert if applicable:* información sobre cómo acceder a] una *Lista de medicamentos cubiertos*.

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

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

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

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

Mientras usted sea miembro de nuestro plan, no tendrá que usar su tarjeta de Medicare (roja, blanca y azul) ni su tarjeta de Healthy Connections Medicaid para recibir servicios. Guarde esas tarjetas en un lugar seguro, en caso que las necesite más adelante. Su usted muestra su tarjeta de Medicare en lugar de su tarjeta del plan <plan name>, el proveedor podría cobrarle a Medicare en lugar de a su plan, y usted podría recibir una factura. Vea el capítulo 7 [plans may insert reference, as applicable] para ver que debe hacer si recibe una factura de algún proveedor.

## J2. *Directorio de proveedores y farmacias*

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

Usted puede pedir un *Directorio de proveedores y farmacias* llamando a Servicios al miembro al número que se encuentra al pie de la página. También, usted puede leer el *Directorio de proveedores y farmacias* en nuestro sitio web anotado al pie de la página o descargarlo de este sitio web. [Plans may modify language if the Provider and Pharmacy Directory will be sent annually.]

[Plans must add information describing the information available in the directory.]

### Definición de los “proveedores de la red”

* Los proveedores de la red de <plan name> incluyen:
  + Médicos, enfermeras y otros profesionales del cuidado de la salud, a los que usted podrá visitar siendo miembro de nuestro plan;
  + Clínicas, hospitales, hogares de cuidados para personas mayores 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, proveedores de servicios de excepción, proveedores de servicios a largo plazo y de respaldo y otros proveedores de mercaderías y servicios que usted recibe a través de Medicare o Healthy Connections Medicaid.

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

### Definición de las “farmacias de la red”

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

Llame a Servicios al miembro al número anotado al pie de la página, para obtener más información. Tanto en los Servicios al miembro como en el sitio web de <plan name>, usted encontrará la información más actualizada sobre los cambios en nuestra red de farmacias y proveedores.

[Plans that limit DME brands and manufacturers insert the following section (for more information about this requirement, refer to the Medicare Managed Care Manual, Chapter 4, Section 10.12.1 et seq):

### Lista de Equipo médico duradero (DME)

Con este Manual del miembro, le enviamos la Lista de equipo médico duradero de <plan name>. Esta lista le indica las marcas y fabricantes de equipo médico duradero que cubrimos. La lista más reciente de marcas, fabricantes y proveedores también está disponible en nuestro sitio web anotado al pie de la página. Para más información sobre DME, lea el Capítulo 4, [*plans may insert reference, as applicable*].]

## J3. *Lista de medicamentos cubiertos*

El plan tiene una *Lista de medicamentos cubiertos*. Para abreviar, la llamamos “Lista de medicamentos” 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 [plans may insert reference, as applicable] encontrará más información sobre estas reglas y restricciones.

Cada año, le enviaremos [*insert if applicable:* información sobre cómo acceder a] la Lista de medicamentos, pero algunos cambios podrían ocurrir durante el año. Para obtener la información más actualizada sobre cuáles medicamentos están cubiertos, visite nuestro sitio web usando la información anotada al pie de la página o llame a Servicios al miembro al [plans should insert as appropriate: número anotado al pie de la página or al número anotado al pie de la página y <different toll-free number> **or** <different toll-free 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* (o EOB).

En la *Explicación de beneficios* se indica la cantidad total que usted u otros a su nombre han gastado de la Parte D por medicamentos de receta y la cantidad total que nosotros hemos pagado por cada uno de sus medicamentos de receta de la Parte D durante el mes. En el Capítulo 6 se ofrece más información sobre la *Explicación de beneficios* y cómo le ayudarán a llevar un registro de la cobertura de sus medicamentos.

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

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

# K. Cómo mantener actualizado su expediente de miembro

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

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

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

Infórmenos sobre lo siguiente:

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

Si algún dato cambia, por favor infórmenos llamando a Servicios al miembro al número anotado al pie de la página.

[Plans that allow members to update this information online may describe that option here.]

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

La información en su registro de membresía puede contener información de salud personal (PHI, por sus siglas en inglés). Existen leyes que nos exigen mantener en forma confidencial su PHI. Nosotros nos aseguramos de que su PHI esté protegida. Para obtener más información sobre la manera en que protegemos su PHI, lea el Capítulo 8 [plans may insert reference, as applicable].