*<Plan name>* *Manual del miembro*

* [*Before use and under the appropriate, State-specific material code(s), plans must upload in HPMS either only (1) a standalone ANOC and (2) a standalone EOC (Member Handbook). Plans should work with their marketing reviewers to withdraw any duplicate material submitted in error. Plans must enter Actual Mail Dates (AMDs) for ANOCs in accordance with CMS requirements* as detailed in the “Update AMD/Beneficiary Link/Function” section of the Marketing Review Users Guide in HPMS. Note that plans must enter AMD information for ANOC mailings only for mailings to current members. Plans should not enter AMD information for October 1, November 1, or December 1 effective enrollment dates or for January 1 effective enrollment dates for any new members*.*]
* [*Plans are subject to the notice requirements under Section 1557 of the Affordable Care Act. For more information, refer to* [*https://www.hhs.gov/civil-rights/for-individuals/section-1557*](https://www.hhs.gov/civil-rights/for-individuals/section-1557).]
* [*Plans may add a front cover to the Member Handbook that contains information such as the plan name, Member Handbook title, and contact information for Member Services. Plans may add a logo and/or photographs to the front cover as long as these elements do not make it difficult for members to read other information on the cover. If plans add a front cover, it must contain the Material ID.*]
* [Plans must use “Medicaid” as the state-specific name for the program throughout the handbook.]
* [Plans should use “Medicare-Medicaid Plan” or “MMP” as the State-specific name for health plans.]
* [Where the template uses “medical care,” “medical services,” or “health care services,” to explain services provided, plans may revise and/or add references to long-term services and supports and/or home and community-based services as applicable.]
* [Plans may change references to “member,” “customer,” or “beneficiary” to whatever term they prefer.]
* [Where the template instructs inclusion of a phone number, plans must ensure it is a toll-free number and include a toll-free TTY number, days and hours of operation.]
* [Plans should refer members to other parts of the handbook using the appropriate chapter number, section, and/or page number. For example, "*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 seccion continua en la próxima 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 of plan-specific examples as applicable.*
* *Spell out an acronym or abbreviation before its first use in a document or on a page (for example, Long-term services and supports (LTSS) or low income subsidy (LIS)).*
* *Include the meaning of any plan-specific acronym, abbreviation, or key term with its first use.*
* *Avoid separating a heading or subheading from the text that follows when paginating the model.*
* *Use universal symbols or commonly understood pictorials.*
* *Draft and format plan-customized text and terminology in translated models to be culturally and linguistically appropriate for non-English speakers.*
* *Consider using regionally appropriate terms or common dialects in translated models.*
* *Include instructions and navigational aids in translated models in the translated language rather than in English.*
* *Consider producing translated models in large print.*]

**<start date> – <end date>**

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

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

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

**Introducción al *Manual del miembro***

Este manual habla de la cobertura de su seguro de salud desde el momento en que usted se inscriba en <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 incluyen cuidado a largo plazo y exenciones para recibir servicios en el hogar y en la comunidad (HCBS). Las exenciones de HCBS pueden ofrecerle servicios que le ayudarán a permanecer en su hogar y en su comunidad. Términos clave y sus definiciones se encuentran en orden alfabética en el último capítulo del *Manual del miembro*.

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

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

ATENCIÓN: Si habla [insert language of the disclaimer], hay disponibles para usted servicios de asistencia en su idioma sin cargo. Llame al [insert Member Services toll-free phone and TTY numbers, and days and hours of operation]. La llamada es gratuita. [*This disclaimer must be included in* Spanish.]

Usted puede obtener este documento gratis en otros formatos como letras grandes, braille 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.]

[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 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 del Servicios de Impuestos Internos (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 para individuos de la cobertura esencial mínima.
* [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 de salud que cubre todos sus servicios de Medicare y Medicaid, y su participación en el. 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](#_Toc12531680)

[B. Información sobre Medicare y Medicaid 7](#_Toc12531681)

[B1. Medicare 7](#_Toc12531682)

[B2. Medicaid 7](#_Toc12531683)

[C. Ventajas de este plan 8](#_Toc12531684)

[D. Área de servicio de <plan name> 9](#_Toc12531685)

[E. ¿Qué lo hace elegible para ser miembro del plan? 9](#_Toc12531686)

[F. Qué esperar al inscribirse por primera vez en un plan de salud 10](#_Toc12531687)

[G. Su plan de cuidado de salud 10](#_Toc12531688)

[H. Cuota mensual de <Plan name> 11](#_Toc12531689)

[I. El *Manual del miembro* 11](#_Toc12531690)

[J. Otra información que le enviaremos 11](#_Toc12531691)

[J1. Su Tarjeta de identificación como miembro de <plan name> 11](#_Toc12531692)

[J2. *Directorio de proveedores y farmacias* 12](#_Toc12531693)

[J3. *Lista de medicamentos cubiertos* 13](#_Toc12531694)

[J4. *Explicación de beneficios* 13](#_Toc12531695)

[K. Cómo puede mantener actualizado su expediente 14](#_Toc12531696)

[K1. Privacidad de su información personal (PHI) 14](#_Toc12531697)

# A. Bienvenido a <plan name>

<Plan name> es un plan de Medicare-Medicaid. Un Plan de Medicare-Medicaid es una organización compuesta por médicos, hospitales, farmacias, proveedores de servicios, respaldos a largo plazo y otros proveedores. Además, incluye coordinadores y equipos de cuidados que le ayudarán, coordinando a todos sus proveedores y servicios, que trabajan conjuntamente para darle el cuidado que usted necesita.

<Plan name> fue aprobado por el estado de Illinois y por los CMS (Centros para servicios de Medicare y Medicaid) para ofrecerle servicios como parte de Medicare-Medicaid Alignment Initiative.

Medicare-Medicaid Alignment Initiative es un programa piloto manejado por el estado de Illinois 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, un programa administrado por el gobierno federal y por el estado, para ayudar a personas con ingresos y recursos limitados a pagar por servicios, respaldos a largo plazo y gastos médicos. También cubre servicios adicionales y medicamentos que Medicare no cubre.

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 Illinois deben aprobar a <plan name> cada año. Usted puede obtener servicios de Medicare y Medicaid por medio de nuestro plan, siempre y cuando:

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

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

# C. Ventajas de este plan

Usted recibirá todos los servicios cubiertos por Medicare y 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 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 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, 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.
* El equipo de cuidados y el coordinador 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 a otros proveedores.

# D. 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, 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 los efectos de mudarse fuera de nuestra área de servicio.

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

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

* vive en nuestra área de servicio, **y**
* tiene Medicare Parte A y Medicare Parte B, **y**
* es elegible para Medicaid, **y**
* es ciudadano de Estados Unidos o está presente legalmente en los Estados Unidos, **y**
* tiene 21 años o más al inscribirse, **y**
* está inscrito en la asistencia de Medicaid de ayuda a personas de la tercera edad, ciegas o discapacitadas, **y**
* se reúne todos los criterios de demostración y forma parte de una de las siguientes exenciones de Medicaid 1915(c):
  + Personas de la tercera edad,
  + Personas con discapacidades,
  + Personas con VIH/SIDA,
  + Personas con alguna lesión cerebral, o
  + Personas que viven en instituciones de vida con respaldo.
* [*If applicable Plans should insert:* Usted no tiene una enfermedad renal en etapa terminal (ESRD), con limitadas excepciones, por ejemplo, si tuvo una ESRD cuando ya era miembro de uno de nuestros planes de seguro de salud o usted era miembro de otro plan diferente que fue cancelado.]

[Plans should insert additional eligibility criteria.]

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

Al inscribirse por primera vez en el plan, usted recibirá una evaluación de riesgos de salud dentro de los primeros 90 días.

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

**Si ésta es la primera vez que se inscribe en el Plan de Medicare-Medicaid**, puede seguir viendo a sus médicos por 180 días. **Si se cambió a <plan name> de un Plan de Medicare-Medicaid**, puede seguir viendo a sus médicos por 90 días. [Plans should discuss the State’s continuity of care requirement.]

Después de [plans should describe continuity of care requirements], usted deberá ver a médicos y a otros proveedores de la red de <plan name>. Un proveedor de la red es un proveedor que trabaja con el plan de salud. En el Capítulo 3 [plans may insert reference, as applicable] encontrará más información sobre cómo obtener cuidado de salud.

# G. Su plan de cuidado de salud

Su plan de cuidado de salud es un plan para los servicios médicos, servicios de salud del comportamiento, respaldos a largo plazo, y servicios sociales y funcionales que usted recibirá y cómo los recibirá.

Después de recibir la evaluación de riesgos de su salud, 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 cambian los servicios de salud que usted necesita y quiere.

Si está recibiendo exenciones para recibir servicios en el hogar y en la comunidad, también tendrá un plan que incluye una lista de los servicios que recibirá y la frecuencia con que los recibirá. El plan de servicios será parte de su plan general de cuidado de salud.

# H. Cuota mensual de <Plan name>

<Plan name> no tiene una cuota mensual.

# I. El *Manual del miembro*

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

Puede pedir 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 este 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>, [if applicable, plans should insert: información sobre cómo acceder a] un *Directorio de proveedores y farmacias* [Plans that limit DME brands and manufacturers insert: una Lista de Equipo médico duradero,] y [insert if applicable: información sobre cómo acceder a] una *Lista de medicamentos cubiertos*.

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

Con nuestro plan, usted sólo tendrá una tarjeta para sus servicios de Medicare y Medicaid, 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 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 (lea la página <page number>).

Usted puede programar recibir un *Directorio de proveedores y farmacias* llamando a Servicios al miembro al <toll-free phone and TTY numbers>, <days and hours of operation>. La llamada es gratuita. Usted también puede leer el *Directorio de proveedores y farmacias* en <web address> o descargarlo del sitio web. [Plans may modify language if the Provider and Pharmacy Directory will be sent annually.]

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

**Definición de “proveedores de la red”**

* [Plans should modify this paragraph to include all services covered by the state, including long-term supports and services.] Los proveedores de la red 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, instituciones de cuidados para personas de la tercera edad, centros de enfermería especializada y otros sitios que proporcionan servicios de salud en nuestro plan, y
  + Agencias de cuidado de salud en el hogar, proveedores de equipo médico duradero 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 [plans with cost sharing, insert: y costo compartido] por los servicios cubiertos como pago total.

**Definición de “farmacias de la red”**

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

Llame a Servicios al miembro al < toll-free phone and TTY numbers>, <days and hours of operation> para obtener más información. La llamada es gratuita. Usted también podrá ver el *Directorio de proveedores y farmacias* en <web address> o puede descargarlo de este sitio web. Tanto en los Servicios al miembro como el sitio web de <plan name>, usted encontrará la información más actualizada sobre los cambios en nuestra red de 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 del 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 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 [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] un ejemplar de 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 a Servicios al miembro al <toll-free phone and TTY numbers>, <days and hours of operation>. La llamada es gratuita.

## J4. *Explicación de beneficios*

Cuando use sus beneficios de la Parte D, para pagar por medicamentos de receta, le enviaremos un resumen para ayudarle a entender y a mantener un registro de los pagos hechos por la Parte D por sus medicamentos recetados. Este resumen se llama *Explicación de beneficios* (EOB).

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

También hay una *Explicación de beneficios* disponible, cuando usted la pida. Para obtener una copia, comuníquese con Servicios al miembro.

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

# K. Cómo puede mantener actualizado su expediente

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 y cuánto cuestan**. Por eso, es muy importante que nos ayude a mantener su información actualizada.

Infórmenos sobre lo siguiente:

* Cambios a su nombre, su dirección o su número de teléfono
* Cambio a su 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
* Cualquier reclamo por responsabilidad, como una demanda por un accidente automovilístico
* Ingreso a una institución de enfermería especializada o a un hospital
* Cuidado en un hospital o sala de emergencias fuera del área o fuera de la red
* Cambios a la persona encargada de su cuidado o la persona responsable por usted
* Usted es parte de o forma parte en de una investigación clínica

Si algún dato cambia, por favor infórmenos llamando a Servicios al miembro al < toll-free phone and TTY numbers>, <days and hours of operation>. La llamada es gratuita.

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

## K1. Privacidad de su información personal (PHI)

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