<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 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 Marketing Material ID.]
* [Plans should change “MMP” to any 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 home and community-based services.]
* [Plans may change references to “member,” “customer,” or “beneficiary” to whatever term they prefer.]
* [Where the template instructs inclusion of a phone number, plans should include a TTY/TDD number and 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 sección continúa el 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 <plan name> (Plan de Medicare-Medicaid)

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

**Introducción al *Manual del miembro***

Este manual habla de la cobertura desde el momento en que usted se inscriba en <plan name> hasta <end date>. Explica los servicios de cuidado de salud, cobertura de salud del comportamiento, medicamentos de receta, y exenciones para recibir servicios en el hogar y en la comunidad (también llamado servicios y respaldos a largo plazo). Los servicios y respaldos a largo plazo le ayudan a permanecer en su hogar en lugar de ir a una institución de enfermería especializada o a un hospital. 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.**

Este plan, <plan name>, es ofrecido por [insert legal entity name]. Cuando en este Manual del miembro dice “nosotros,” “a nosotros” o “nuestro,” significa [insert legal entity 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 Member Services phone and TTY/TDD numbers, and days and hours of operation*]. La llamada es gratuita. [*This disclaimer must be included in Spanish and any other non-English languages that meet the Medicare and/or state thresholds for translation.*]

Usted puede obtener este manual gratis en otros formatos como letras grandes, braille o audio. Llame al [insert Member Services toll-free phone and TTY/TDD numbers, days and hours of operation]. La llamada es gratuita.

Si usted tiene problemas para leer o entender este manual o cualquier otra información de <plan name>, contacte a Servicios al miembro. Le podemos explicar la información o darle la información en su idioma principal. Es posible que tengamos la información impresa en otros idiomas o de otras maneras. Si usted tiene problemas para oír o para ver, podemos proveer ayuda especial.

[Plans must also describe how members can make a standing request to get this document, now and in the future, in a language other than English or in an alternate 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> califica como cobertura esencial mínima (MEC). 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) 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. 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](#_Toc519084917)

[B. Información sobre Medicare y Medicaid 7](#_Toc519084918)

[B1. Medicare 7](#_Toc519084919)

[B2. Medicaid 7](#_Toc519084920)

[C. La ventajas de este plan 8](#_Toc519084921)

[D. El área de servicio de <plan name> 9](#_Toc519084922)

[E. Qué lo hace elegible para ser miembro del plan 9](#_Toc519084923)

[F. Qué debe esperar cuando se une a un plan de salud 10](#_Toc519084924)

[G. Su plan de cuidado de salud 10](#_Toc519084925)

[H. Prima mensual de <plan name> 11](#_Toc519084926)

[I. El Manual del miembro 11](#_Toc519084927)

[J. Otra información que recibirá de nosotros 11](#_Toc519084928)

[J1. Su Tarjeta de identificación como miembro de <plan name> 12](#_Toc519084929)

[J2. La Carta de Miembro nuevo 12](#_Toc519084930)

[J3. *Directorio de proveedores y farmacias* 12](#_Toc519084931)

[J4. La Lista de medicamentos cubiertos 13](#_Toc519084932)

[J5. Lista de equipo médico duradero (DME) 14](#_Toc519084933)

[J6. Suplemento del Manual del miembro o “Manual de servicios de exención” 14](#_Toc519084934)

[J7. La *Explicación de beneficios* 14](#_Toc519084935)

[K. Cómo mantener actualizado su expediente de miembro 14](#_Toc519084936)

[K1. La privacidad de su información personal (PHI, por sus siglas en inglés) 15](#_Toc519084937)

# A. Bienvenido a <plan name>

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

<Plan name> fue aprobado por el Departamento de Medicaid de Ohio (ODM) y los Centros para servicios de Medicare y Medicaid (CMS) para ofrecerle servicios como parte del programa MyCare Ohio.

El programa MyCare Ohio es un programa piloto manejado por ODM 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 probarán maneras de mejorar la forma en que usted recibe su cuidado de salud de Medicare y Medicaid.

[Plan can include language about itself.]

# B. Información sobre Medicare y Medicaid

Usted tiene ambos Medicare y Medicaid. <Plan name> va a asegurarse que estos programas trabajen juntos para darle el cuidado que usted necesita.

## 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. Cubre servicios adicionales y medicamentos que Medicare no cubre.

Cada estado decide qué:

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

Los estados pueden decidir cómo administrar sus programas, siempre y cuando sigan las reglas federales.

Medicare y Medicaid de Ohio 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 Medicaid de Ohio aprueben el plan.

Incluso si nuestro plan deja de operar en el futuro, su elegibilidad para recibir servicios de Medicare y Medicaid no cambiará.

# C. La ventajas de este plan

Ahora usted recibirá todos los servicios cubiertos por Medicare y Medicaid a través de <plan name>, incluyendo los 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 trabajen mejor juntos y que funcionen mejor para usted. Algunas de 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 administrador de cuidados, quien trabajará con usted, con <plan name> y con sus proveedores para asegurarse que usted reciba el cuidado que necesita. Este administrador será miembro de su equipo de cuidados.
* Usted podrá dirigir el cuidado de su salud con la ayuda de su equipo de cuidados y el administrador de cuidados.
* El equipo de cuidados y el administrador de cuidados trabajarán con usted para preparar un plan de cuidados personal, diseñado específicamente para atender sus necesidades. El equipo de cuidados estará a cargo de coordinar los servicios que usted necesite. Esto significa, 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 compartidos con todos sus médicos y otros proveedores.

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

<Plan name> está disponible sólo para personas que viven en nuestra área de servicio. Para seguir siendo miembro de nuestro plan, usted debe seguir viviendo en esta área de servicio.

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

Use county name, for example: Nuestra área de servicios incluye estos condados en Ohio: <counties>.

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*.]

Si usted se muda, debe informar a la oficina del Departamento de trabajo y servicios para la familia del condado. Si se muda a un nuevo estado, necesitará solicitar Medicaid en el nuevo estado. 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 Partes A, B, y D; **y**
* tiene cobertura total de Medicaid; **y**
* es ciudadano de Estados Unidos o está presente legalmente en los Estados Unidos; **y**
* tiene 18 años o más al inscribirse.

Aunque usted cumpla con los criterios mencionados arriba, usted no es elegible para inscribirse en <plan name> si usted:

* tiene cobertura a través de otro seguro médico acreditado; **o**
* tiene una discapacidad intelectual u otro tipo de discapacidad del desarrollo y recibe servicios a través de una exención o un Centro de cuidados intermedio para personas con discapacidades intelectuales (ICFIID); **o**
* está inscripto en un Programa de cuidado integral para personas de la tercera edad (PACE).

Además, usted tiene la opción de dejar del <plan name> si usted es miembro de una tribu india.

Si usted cree que cumple con cualquiera de los criterios mencionados arriba y no debe inscribirse, llame a Servicios al miembro para recibir asistencia.

# F. Qué debe esperar cuando se une a un plan de salud

Al inscribirse por primera vez en el plan, usted recibirá una evaluación de riesgos de salud dentro de los primeros 15 a 75 días de su fecha efectiva de inscripción dependiendo de su estado de salud. [Plans should discuss the process for the health care needs assessment – who performs it, who will contact the beneficiary, etc.]

**Si <plan name> es un nuevo plan para usted,** puede seguir viendo a sus médicos hasta 90 días después de que se haya inscripto. Además, si usted ya tenía aprobación previa para recibir los servicios, nuestro plan le mantendrá la aprobación hasta que usted obtenga los servicios. Esto se llama “período de transición.” La Carta de Miembro nuevo, incluida en su Manual del miembro, tiene más información sobre los períodos de transición. Si usted está en Exención de MyCare Ohio, el complemento de su Manual del miembro o "Manual de Servicios de exención", también tiene más información sobre los períodos de transición para servicios de exención.

Después del periodo de transición, usted debe ver médicos y otros proveedores de la red de <plan name> para la mayoría de los servicios. 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. Servicios al miembro también puede ayudarle a encontrar un proveedor de la red.

Si usted está viendo a un proveedor que no es un proveedor de red o si ya tiene los servicios aprobados y/o programados, es importante que llame inmediatamente a Servicios al miembro para que podamos coordinar los servicios y evitar cualquier problema de facturación.

# G. Su plan de cuidado de salud

Su plan de cuidado de salud es un plan para los servicios de salud 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.

Su equipo de cuidados trabajará continuamente con usted para actualizar su plan de cuidados, para que usted obtenga los servicios de salud que necesita y quiere.

# H. Prima mensual de <plan name>

<Plan name> no tiene una prima 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 en la página <page number>. También puede llamar a Servicios al miembro al <toll-free number> o a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

Usted 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 recibirá de nosotros

Usted también recibirá de <plan name> una Tarjeta que le identifica como miembro, una Carta de Miembro nuevo con información importante, [insert if applicable: información sobre cómo acceder a] un *Directorio de proveedores y farmacias* [, y] [insert if applicable: información sobre cómo acceder a] una *Lista de medicamentos cubiertos* [plans that limit DME brands and manufacturers insert: y una Lista de equipo médico duradero]. Los miembros inscriptos en una exención de servicios, basados en el hogar y en la comunidad, también recibirán un suplemento específico para servicios de exención en el Manual del miembro. Si usted no recibe estos artículos, llame a Servicios al miembro para asistencia.

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

Con el programa MyCare Ohio, 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.

Siempre y cuando usted sea miembro de nuestro plan, esta es la única tarjeta que necesitará para recibir servicios. No recibirá más la tarjeta mensual de Medicaid. Tampoco necesita utilizar la tarjeta roja, blanca y azul Medicare. Guarde su tarjeta de Medicare en un lugar seguro, en caso que la 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. La Carta de Miembro nuevo

Por favor asegúrese de leer la Carta de Miembro nuevo enviada con su Manual del miembro, ya que es una referencia rápida para alguna información importante. Por ejemplo, tiene información sobre cosas como cuándo usted puede ser elegible para recibir servicios de proveedores fuera de nuestra red, servicios previamente aprobados, servicios de transporte, y quién es elegible para ser inscripto en MyCare Ohio.

## J3. *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 y farmacias para obtener servicios cubiertos. Existen algunas excepciones, incluyendo cuando usted se inscribe por primera vez en nuestro plan (lea la página <page number>) y para ciertos servicios (lea el Capítulo 3) [plans may insert reference as applicable].

[Plans may modify this language if the Provider and Pharmacy Directory will be sent annually.] Usted puede pedir un *Directorio de proveedores y farmacias* impreso en cualquier momento, llamando a Servicios al miembro al <toll-free phone and TTY/TDD numbers>, <days and hours of operation>. Usted también podrá ver el *Directorio de proveedores y farmacias* en <web address>, o puede descargarlo de este sitio web. Tanto Servicios al miembro como en el sitio web, encontrará la información más actualizada sobre los cambios de nuestra red de proveedores.

**Definición de 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, instituciones 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.

Para obtener una lista completa de proveedores de la red, lea el *Directorio de proveedores y farmacias*.

Los proveedores de la red acordaron aceptar pagos de nuestro plan por los servicios cubiertos como pago total.

Los proveedores de la red no deben facturarle directamente por servicios cubiertos por el plan. Lea en el Capítulo 7 en la página <page number>, para información sobre las facturas de los proveedores de la red.

**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 los pague. Si no es una emergencia, usted puede pedirnos por adelantado utilizar una farmacia fuera de la red.

## J4. La *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 el sitio web del plan en <web address> o llame a Servicios al miembro <phone number>.

[*Plans that do not limit DME brands and manufacturers may delete this section*.]

## J5. Lista de equipo médico duradero (DME)

Con este Manual del miembro, le enviamos la *Lista de equipo médico duradero* de <plan name>. En esta lista se encuentran las marcas y fabricantes de equipo médico duradero que cubrimos. La lista más reciente de marcas, fabricantes, proveedores y también está disponible en nuestro sitio web en <web address>. Lea el Capítulo 4, [*plans may insert reference, as applicable*] para más información sobre DME. [For more information about this requirement, refer to the Medicare Managed Care Manual, Chapter 4, Section 10.12.1 et seq.]

Si usted es nuevo en <plan name> y está usando una marca de DME que no se encuentra en nuestra lista, vamos a seguir pagando por esta marca por un máximo de 90 días. Durante este tiempo, usted debe hablar con su médico para decidir qué marca es médicamente adecuada para usted, después de este período de 90 días. Si usted no está de acuerdo con su médico, usted puede pedir que él o ella lo refiera para obtener una segunda opinión.

## J6. Suplemento del Manual del miembro o “Manual de servicios de exención”

Este suplemento proporciona información adicional para los miembros inscritos en una exención para servicios basados hogar y en la comunidad. Por ejemplo, incluye información sobre los derechos y responsabilidades de los miembros, desarrollo de un plan de servicio, administración de cuidados, coordinación de servicios de exención y cómo informar incidentes.

## J7. La 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 nosotros u otros a su nombre pagamos por cada uno de sus medicamentos de receta de Parte D durante el mes [insert as appropriate: y los copagos que usted haya hecho]. 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 usted 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 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 están cubiertos y cuál es la cantidad que tiene de copago por el medicamento**. 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 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
* Ingreso en una institución de enfermería especializada o en un hospital
* Cuidado en un hospital o sala de emergencias fuera del área o fuera de la red
* Cambio de la persona encargada de su cuidado o la persona responsable por usted
* Usted es o llega a ser parte de una investigación clínica
* Si usted tiene que ver a un proveedor debido a una lesión o una enfermedad que ha sido causada por otra persona o empresa. Por ejemplo, si fue lastimado en un accidente automovilístico, mordido por un perro, o se resbaló y cayó en un negocio, es posible que otra persona o empresa tenga que pagar por sus gastos médicos. Cuando llame, necesitamos saber el nombre de la persona o empresa en falta, así como las compañías de seguros o los abogados involucrados.

Si algún dato cambia, por favor infórmenos llamando a Servicios al miembro al <toll-free phone number(s)>, <days and hours of operation>.

[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 participacio podría incluir 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].