**<Plan name> *Manual del miembro***

* [*Before use, 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.*]
* [*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 number and days and hours of operation.*]
* [*Plans should refer members to other parts of the handbook using the appropriate chapter number and section. For example, "refer to Chapter 9, Section A." 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 members to read and understand.* *The following are based on input from beneficiary interviews:*
* *Format a section, chart, table, or block of text to fit onto a single page. In instances where plan-customized information causes an item or text to continue 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 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*.]

**<start date> – <end date>**

**Su cobertura de salud y medicamentos en <plan name> (plan Medicare-Medicaid)**

[*Optional: Insert member name.*]

[*Optional: Insert member address.*]

**Introducción al *Manual del miembro***

En este manual se le brinda información sobre su cobertura en <plan name> hasta <end date>. Se explican los servicios de cuidado de salud, la cobertura de salud del comportamiento, la cobertura de medicamentos de receta y el programa de exención de servicios con base en el hogar y la comunidad (también denominados “servicios y respaldos a largo plazo”). Los servicios y respaldos a largo plazo le ayudarán a permanecer en su hogar en lugar de ir a un hogar para personas de la tercera edad o a un hospital. Los términos clave y sus definiciones se encuentran en orden alfabético en el último capítulo del *Manual del miembro*.

**Este 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* se habla de “nosotros”, “a nosotros” o “nuestro”, se refiere a [*insert legal entity name*]. Cuando se habla del “plan” o de “nuestro plan,” se refiere a <plan name>.

[*Plans may include either the current multi-language insert or provide a Notice of Availability. Plans that choose to use the current multi-language insert per 42 CFR §§ 422.2267(e)(31) and (e)(33) should include:* Brindamos servicios de interpretación gratuitos para responder todas las consultas que pudiera tener acerca de nuestros planes de salud y medicamentos. Para comunicarse con un intérprete, llámenos al <phone number>.Será atendido por una persona que hable *<*language*>.* Este servicio es gratuito*.* [*This information must be included in the following languages: Spanish, Chinese, Tagalog, French, Vietnamese, German, Korean, Russian, Arabic, Italian, Portuguese, French Creole, Polish, Hindi, Japanese, and any additional languages required by the state.*]

*O*

*Per the final rule CMS-4205-F released on April 4, 2024, §§ 422.2267(e)(31) and 423.2267(e)(33), plans may choose to provide a Notice of Availability of language assistance services and auxiliary aids and services that at a minimum states that the plan provides language assistance services and appropriate auxiliary aids and services free of charge. The plan must provide the notice in English and at least the 15 languages most commonly spoken by individuals with limited English proficiency in Ohio and must provide the notice in alternate formats for individuals with disabilities who require auxiliary aids and services to ensure effective communication.*]

[*Plans that meet the 5% alternative language or Medicaid required language threshold insert:* Este documento está disponible en forma gratuita en [*insert languages that meet the threshold as described the “Standards for required materials and content section” of the Marketing Guidance for Ohio Medicare-Medicaid Plans*].]

Usted puede obtener este documento gratis en otros formatos, como, por ejemplo, en letra grande, en braille o en audio. Llame al [*insert Member Services toll-free phone and TTY numbers, days and hours of operation*]. La llamada es gratuita.

Si tiene algún problema para leer o comprender este manual o cualquier otra información de <plan name>, comuníquese con Servicios al miembro. Podemos explicarle la información o proporcionársela en su idioma primario. Es posible que tengamos la información impresa en otros idiomas o en otros formatos. Si tiene dificultades visuales o auditivas, podemos ofrecerle ayuda especial.

[*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.*]

**Declaraciones requeridas**

* [*Plans must include all applicable disclaimers as required in the State-specific Marketing Guidance.*]
* [*Consistent with the formatting in this section, plans may insert additional bulleted disclaimers or state-required statements, including state-required disclaimer language, here.*]
* La cobertura en virtud de <plan name> es una cobertura médica calificada denominada “cobertura esencial mínima”. Esta cobertura cumple con el requisito de responsabilidad individual compartida de la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible (ACA). Visite el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (IRS) en [www.irs.gov/es/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families](http://www.irs.gov/es/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families) para obtener más información sobre el requisito de responsabilidad individual compartida.

**Capítulo 1: Información básica para miembros del plan**

**Introducción**

Este capítulo incluye información sobre <plan name>, un plan de salud que cubre todos sus servicios de Medicare y Medicaid. También le explica qué esperar como miembro y qué otra información recibirá de <plan name>. Los 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 contenidos

[A. Bienvenido a <plan name> 7](#_Toc170479960)

[B. Información sobre Medicare y Medicaid 7](#_Toc170479961)

[B1. Medicare 7](#_Toc170479962)

[B2. Medicaid 7](#_Toc170479963)

[C. Las ventajas de este plan 8](#_Toc170479964)

[D. Área de servicio de <plan name> 9](#_Toc170479965)

[E. Requisitos para ser miembro del plan 9](#_Toc170479966)

[F. Qué esperar al inscribirse por primera vez en un plan de salud 10](#_Toc170479967)

[G. Su plan de cuidado 10](#_Toc170479968)

[H. La prima mensual del plan <plan name> 11](#_Toc170479969)

[I. El *Manual del miembro* 11](#_Toc170479970)

[J. Otra información importante que le enviaremos 11](#_Toc170479971)

[J1. Su tarjeta de identificación de miembro de <plan name> 11](#_Toc170479972)

[J2. Carta para miembros nuevos 12](#_Toc170479973)

[J3. *Directorio de proveedores y farmacias* 12](#_Toc170479974)

[J4. *Lista de medicamentos cubiertos* 13](#_Toc170479975)

[J5. Lista de equipo médico duradero (DME) 14](#_Toc170479976)

[J6. Complemento del *Manual del miembro* o “Manual de exención” 14](#_Toc170479977)

[J7. *Explicación de beneficios* 14](#_Toc170479978)

[K. Cómo mantener actualizado su expediente de miembro 14](#_Toc170479979)

[K1. Privacidad de su información médica personal (PHI) 16](#_Toc170479980)

# Bienvenido a <plan name>

<Plan name>, ofrecido por <legal entity name>, es un plan Medicare-Medicaid. Un plan Medicare-Medicaid es una organización compuesta por médicos, hospitales, farmacias, proveedores de servicios y respaldos a largo plazo y otros proveedores. También tiene coordinadores de cuidado de salud y equipos para el cuidado de salud para ayudarle a administrar todos sus proveedores y servicios. Todos ellos trabajan conjuntamente para proporcionarle los cuidados que usted necesite.

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

El programa MyCare Ohio es un programa piloto administrado por el ODM y por el gobierno federal para ofrecer un mejor cuidado de salud a quienes tienen Medicare y Medicaid. Con este programa piloto, el estado y el gobierno federal evaluarán maneras de mejorar los servicios de cuidado de salud que usted recibe de Medicare y Medicaid.

[*Plan can include language about itself.*]

# Información sobre Medicare y Medicaid

Usted tiene Medicare y Medicaid. <Plan name> se asegurará de que estos programas funcionen juntos para brindarle el cuidado que necesita.

## B1. Medicare

Medicare es el programa federal de seguros 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 fase terminal (insuficiencia renal).

## B2. Medicaid

Medicaid es un programa administrado por el gobierno federal y por el estado que ayuda a las personas de ingresos y recursos limitados a pagar servicios y respaldos a largo plazo y gastos médicos. También cubre servicios adicionales y medicamentos que Medicare no cubre.

Cada estado decide:

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

Los estados pueden decidir cómo administrar sus propios programas siempre y cuando lo hagan de conformidad con los reglamentos federales.

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

* nosotros ofrezcamos el plan; **y**
* Medicare y el Departamento de Medicaid de Ohio aprueben el plan.

Aunque nuestro plan se cancele en el futuro, su elegibilidad para recibir servicios de Medicare y Medicaid no cambiará.

# Las ventajas de este plan

Usted recibirá todos los servicios cubiertos por Medicare y Medicaid a través de <plan name>, incluidos medicamentos de receta. **No tiene que pagar más para inscribirse en este plan de salud.**

Con <plan name> sus beneficios de Medicare y Medicaid funcionarán mejor juntos y funcionarán mejor para usted. Estas son algunas de las ventajas de que disfrutará:

* Podrá trabajar con **un** plan de salud para **todas** sus necesidades de seguro de salud.
* Tendrá un equipo para el cuidado de salud creado con su ayuda. Su equipo para el cuidado de salud podrá estar conformado por médicos, enfermeros, consejeros u otros profesionales de la salud, que le ayudarán a obtener el cuidado que necesita.
* Tendrá acceso a un administrador de cuidados: una persona que trabajará con usted, con <plan name> y con sus proveedores a fin de que usted reciba el cuidado de salud que necesita. Formará parte de su equipo para el cuidado de salud.
* Usted podrá controlar el cuidado de su salud con la ayuda de su equipo para el cuidado de salud y del administrador de cuidados.
* El equipo para el cuidado de salud y el administrador de cuidados trabajarán con usted para preparar un plan de cuidado, diseñado específicamente para atender sus necesidades. El equipo para el cuidado de salud se encargará de coordinar los servicios que usted necesita. Por ejemplo:
* Su equipo para el cuidado de salud se asegurará de que sus médicos estén al tanto de todos los medicamentos que usted toma, para poder reducir cualquier efecto secundario.
* Su equipo para el cuidado de salud se asegurará de que todos sus médicos y otros proveedores dispongan de los resultados de sus pruebas médicas.

# Área de servicio de <plan name>

<Plan name> solo está disponible para las personas que viven en nuestra área de servicio. Para seguir siendo miembro de nuestro plan, 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 servicio incluye los siguientes 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 se muda, debe informarlo a la oficina del Departamento de Trabajo y Servicios para la Familia de su condado. Si se muda a un nuevo estado, deberá solicitar Medicaid en el nuevo estado. Consulte el Capítulo 8, [*plans may* *insert reference, as applicable*] para obtener más información sobre cómo le afectará el hecho de mudarse a un lugar fuera de nuestra área de servicio.

# Requisitos para ser miembro del plan

Podrá inscribirse en nuestro plan si:

* vive en nuestra área de servicio (en el caso de las personas que se encuentran en prisión, no se considerará que residen en el área geográfica de servicio incluso aunque estén físicamente viviendo en dicha área), **y**
* tiene las Partes A, B y D de Medicare;
* tiene cobertura de Medicaid completa;
* es ciudadano de los Estados Unidos o está legalmente en los Estados Unidos, **y**,
* es mayor de 18 años en el momento de la inscripción.

Aunque cumpla los criterios anteriores, no podrá inscribirse en <plan name> si:

* tiene otra cobertura de seguro de salud acreditable de un tercero;
* tiene discapacidades intelectuales u otras discapacidades del desarrollo y recibe servicios a través de un programa de exención o Intermediate Care Facility for Individuals with Intellectual Disabilities (ICFIID) (Centro de cuidados intermedios para personas con discapacidades intelectuales); **o**
* está inscrito en un Programa de cobertura total de salud para ancianos (PACE).

Asimismo, tiene la posibilidad de cancelar su inscripción en <plan name> si es miembro de una tribu indígena federalmente reconocida.

Si considera que cumple alguno de los criterios anteriores y no debería inscribirse, comuníquese con Servicios al miembro para obtener asistencia.

# 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 sus necesidades de cuidados de salud dentro de los primeros 15 a 75 días de la fecha de entrada en vigor de su inscripción, según su estado de salud. [*Plans should discuss the process for the health care needs assessment – who performs it, who will contact the member, etc.*]

**Si <plan name> es nuevo para usted,** puede continuar visitando a los médicos que veía hasta ahora durante al menos 90 días después de su inscripción. Asimismo, si ya obtuvo una aprobación anterior para recibir servicios, nuestro plan respetará la aprobación hasta que reciba los servicios. Esto se denomina “período de transición”. La Carta para miembros nuevos incluida con su *Manual del miembro* incluye más información sobre los períodos de transición. Si usted participa en el programa de exención de MyCare Ohio, su complemento del *Manual del miembro* o “Manual de exención” también incluye más información sobre los períodos de transición para los servicios de los programas de exención.

Luego del período de transición, deberá elegir a los médicos y 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. Consulte el Capítulo 3 [*plans may insert reference, as applicable*] para obtener más información sobre cómo recibir cuidado. Servicios al miembro puede ayudarle a encontrar un proveedor de la red.

Si actualmente está usando a un proveedor que no se encuentra en la red, o si le han aprobado o programado servicios, es importante que llame a Servicios al miembro de inmediato, de modo que podamos gestionar dichos servicios y evitar cargos por facturación.

# Su plan de cuidado

Su plan de cuidado es el plan en el que se detallan los servicios de salud que usted recibirá y cómo los recibirá.

Después de recibir su evaluación de necesidades de cuidados de salud, su equipo para el cuidado de salud se reunirá con usted para hablar sobre los servicios de salud que necesita y desea. Juntos, usted y su equipo para el cuidado de salud prepararán su plan de cuidado.

Su equipo para el cuidado de salud trabajará continuamente con usted para actualizar su plan de cuidado para atender los servicios de salud que usted necesita y desea.

# La prima mensual del plan <plan name>

<Plan name> no tiene una prima mensual.

# El *Manual del miembro*

Este *Manual del miembro* forma parte de nuestro contrato con usted. Eso significa que debemos seguir todas las reglas que se detallan en 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 presentar una apelación, consulte el Capítulo 9. También puede llamar a Servicios al miembro al <toll-free number> o a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

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

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

# Otra información importante que le enviaremos

Usted también recibirá una tarjeta de identificación de miembro de <plan name>, una Carta para miembros nuevos 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 inscritos en un programa de exención de servicios con base en el hogar y la comunidad también recibirán un complemento a su *Manual del miembro* que incluye información específica de los servicios del programa de exención. Si no recibe estos documentos, llame a Servicios al miembro para obtener asistencia.

## J1. Su tarjeta de identificación de miembro de <plan name>

Con el programa MyCare Ohio, usted tendrá una única tarjeta para sus servicios de Medicare y Medicaid, incluidos servicios y respaldos a largo plazo y medicamentos de receta. Deberá mostrar esta tarjeta cada vez que reciba servicios o medicamentos de receta cubiertos por el plan. La siguiente tarjeta es una muestra de cómo será 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 sea miembro de nuestro plan, esta es la única tarjeta que necesita para recibir servicios. Ya no recibirá una tarjeta mensual de Medicaid. Además, no tendrá que usar su tarjeta de Medicare (roja, blanca y azul). Guarde su tarjeta de Medicare en un lugar seguro, ya que la podría necesitar más adelante. Si muestra su tarjeta de Medicare en lugar de su tarjeta de identificación de miembro del plan <plan name>, el proveedor facturará el servicio a Medicare en lugar de a nuestro plan, y puede que usted reciba una factura. Consulte el Capítulo 7 [*plans may insert reference, as applicable*] para averiguar qué hacer si recibe una factura de un proveedor.

## J2. Carta para miembros nuevos

Asegúrese de leer la Carta para miembros nuevos que se envía junto con su *Manual del miembro* ya que es una referencia rápida de información importante. Por ejemplo, incluye información sobre cuestiones como cuándo podrá recibir servicios de proveedores que no forman parte de nuestra red, servicios previamente aprobados, servicios de transporte y quiénes cumplen los requisitos para la inscripción 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 de la red para obtener los servicios cubiertos. Existen algunas excepciones, por ejemplo, cuando se inscribe por primera vez en nuestro plan (consulte la sección <section letter>) y para algunos servicios (consulte el Capítulo 3 [*plans may insert reference as applicable*]).

[*Plans may modify this language if the Provider and Pharmacy Directory will be sent annually.*] Puede solicitar un *Directorio de proveedores y farmacias* (en formato digital o impreso) en cualquier momento, llamando a Servicios al miembro al <toll-free phone and TTY numbers>, <days and hours of operation>. Las solicitudes del *Directorio de proveedores y farmacias* en formato impreso serán enviadas por correo dentro de los tres días hábiles posteriores al pedido. También puede consultar el *Directorio de proveedores y farmacias* en <URL> o descargarlo desde este sitio web. Tanto Servicios al miembro como el sitio web pueden proporcionarle la información más actualizada sobre los cambios en nuestra red de farmacias y proveedores.

**Definición de proveedores de la red**

* Son proveedores de la red de <plan name>:
* Los médicos, el personal de enfermería y otros profesionales de cuidado de la salud que podrá elegir como miembro de nuestro plan;
* Las clínicas, hospitales, centros de enfermería y otros establecimientos 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 los bienes y servicios que usted obtiene a través de Medicare o Medicaid.

Para ver una lista completa de proveedores de la red, consulte el *Directorio de proveedores y farmacias*.

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

Los proveedores de la red no deben facturarle directamente a usted los servicios cubiertos por el plan. Para obtener información sobre las facturas de los proveedores de la red, consulte el Capítulo 7.

**Definición de farmacias de la red**

* Las farmacias de la red son farmacias que han acordado surtir recetas para los miembros de nuestro plan. Busque en el *Directorio de proveedores y farmacias* la farmacia de la red que 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, puede solicitarnos con antelación usar una farmacia que no sea de la red.

## J4. *Lista de medicamentos cubiertos*

El plan incluye una *Lista de medicamentos cubiertos,* a la que llamamos "Lista de medicamentos", para abreviar. En ella constan los medicamentos de receta cubiertos por <plan name>.

En la *Lista de medicamentos* se indica también si algún medicamento está sujeto a reglas o restricciones, por ejemplo, de cantidad. 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, entretanto, la lista podría sufrir cambios. Para obtener la información más actualizada sobre los medicamentos cubiertos, puede visitar el sitio web del plan <URL> o llamar a Servicios al miembro al <phone number>.

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

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

Junto con el *Manual del miembro*, le enviamos también la Lista de equipo médico duradero de <plan name>. Esta lista le indica las marcas y fabricantes de equipo médico duradero que cubrimos. Asimismo, en nuestro sitio web <URL>, encontrará la lista más reciente de marcas, fabricantes y proveedores del plan. Consulte el Capítulo 4, [plans may insert reference, as applicable] para obtener más información sobre el DME. [*For more information about this requirement, plans may 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 está incluida en la lista, continuaremos pagando por dicha marca por un máximo de 90 días. Durante este plazo, usted deberá hablar con su médico para decidir qué marca es médicamente apropiada para usted después de ese período de 90 días. Si no está de acuerdo con su médico, puede pedir una segunda opinión.

## J6. Complemento del *Manual del miembro* o “Manual de exención”

Este complemento proporciona información adicional para los miembros inscritos en un programa de exención de servicios con base en el hogar y la comunidad. Por ejemplo, incluye información sobre los derechos y las responsabilidades del miembro, el desarrollo del plan de servicios, la administración de los cuidados, la coordinación de los servicios del programa de exención y cómo informar incidentes.

## J7. *Explicación de beneficios*

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

En la EOB se indica la cantidad total que nosotros, u otras personas en su nombre, hemos pagado por cada uno de sus medicamentos de receta de la Parte D durante el mes [*insert as appropriate*: y los copagos que haya pagado usted]. La EOB contiene más información acerca de los medicamentos que usted toma [*insert, as applicable:* como incrementos en los precios y otros medicamentos de menor costo compartido que pueden estar disponibles. Hable con su proveedor acerca de estas opciones de menor costo]. En el Capítulo 6 [*plans may insert reference, as applicable*] encontrará más información sobre la EOB y su utilidad para llevar un registro de la cobertura de sus medicamentos.

Si lo desea, puede solicitar una EOB en cualquier momento. Comuníquese con Servicios al miembro para obtener una copia.

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

# 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 oportunamente de cualquier cambio en sus datos. [*Plans may also insert a reference to Section J in Chapter 8 and/or concise instructions about how members can update their information with the County Department of Job and Family Services.*]

Los proveedores y las farmacias de la red del plan necesitan que sus datos estén correctos. **Estos utilizarán su expediente de miembro para saber qué servicios y medicamentos están cubiertos y cuáles son sus copagos de medicamentos.** Por eso es muy importante que nos ayude a mantener su información actualizada.

Infórmenos sobre lo siguiente:

* cambios en 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 cónyuge o el empleador de su pareja de hecho, o indemnización por accidente laboral
* ingreso en un hogar para personas de la tercera edad 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 de usted)
* es parte o participará de un estudio de investigación clínica (IMPORTANTE: No está obligado a informar a su plan sobre los estudios de investigación clínica en los que tiene intención de participar, pero le animamos a que lo haga).
* Si necesita los servicios de un proveedor para tratar una lesión o enfermedad que pudo haber sido causada por otra persona o empresa. Por ejemplo, si sufre lesiones en un accidente automovilístico, por una mordedura de perro, o si se resbala y se cae en una tienda, es posible que otra persona o empresa deban pagar sus gastos médicos. Cuando nos llame, necesitaremos saber el nombre de la persona o la empresa en falta, así como cualquier compañía de seguros o abogados involucrados.

Si hay algún cambio en sus datos, informe 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. Privacidad de su información médica personal (PHI)

Su expediente de miembro puede contener información médica personal (PHI). Existen leyes que nos exigen preservar la confidencialidad de su PHI. Nosotros nos aseguramos de que su PHI esté protegida. Para obtener más información sobre cómo protegemos su PHI, consulte el Capítulo 8 [*plans may insert reference, as applicable*].