Instructions to Health Plans

* [Plans may add a cover page to the Summary of Benefits. Plans may include the Material ID only on the cover page.]
* [*Plans should replace the reference to “Member Services” with the term the plan uses.*]
* [*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 and days and hours of operation.*]
* [*Plans should note that any reference to a “Member Handbook” is also a reference to the Evidence of Coverage document.*]
* [*Plans should add or delete the categories in the “Services you may need” column to match State-specific benefit requirements.*]
* [*For the “Limitations, exceptions, & benefit information” column, plans should provide specific information about need for referrals, need for prior authorization (PA), utilization management restrictions for drugs, maximum out of pocket costs on services, permissible OON services, and applicable cost sharing (if different than in-plan cost sharing).*]
* [*For the “You need help living at home” category of services, indicate if services are only available to members in a waiver program, in which case plans should indicate that State eligibility requirements may apply.*]
* [*Plans may place a QR code on materials to provide an option for members to go online.*]
* [*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 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.*]

Introducción

Este documento es un resumen de los beneficios y servicios cubiertos por <plan name>. Incluye respuestas a preguntas frecuentes, información de contacto importante, un resumen de los beneficios y servicios ofrecidos, e información sobre sus derechos como un miembro 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. Declaraciones requeridas 4](#_Toc169711042)

[B. Preguntas frecuentes 5](#_Toc169711043)

[C. Resumen de servicios 11](#_Toc169711044)

[D. Beneficios cubiertos fuera de <plan name> 20](#_Toc169711045)

[E. Servicios que <plan name>, Medicare y Medicaid no cubren 21](#_Toc169711046)

[F. Sus derechos como miembro del plan 22](#_Toc169711047)

[G. Cómo presentar una queja o apelar un servicio que negamos 23](#_Toc169711048)

[H. Qué hacer si sospecha de la existencia de fraude 24](#_Toc169711049)

# Declaraciones requeridas

Este es un resumen de los servicios médicos cubiertos por <plan name> para <date>. Este solo es un resumen. Para ver la lista completa de beneficios, consulte el *Manual del miembro*. [*Plans must include information about how to contact Member Services to get a Member Handbook and how to access the Member Handbook on the plan’s website.*]

* [*Plans must include all applicable disclaimers as required in the State-specific Marketing Guidance.*]
* [As required at 42 CFR § 438.10(d)(2), all disclaimers and taglines that explain the availability of alternate formats using auxiliary aids and services or oral interpretation services and the toll-free telephone number of the entity providing choice counseling services as required by § 438.71(a), must be in a conspicuously visible font.]
* Con <plan name>, usted puede obtener sus servicios de Medicare y de Medicaid en un solo plan de salud. Un coordinador de cuidado de salud de <plan name> le ayudará a administrar sus necesidades de cuidado de salud.[*Plans should change “care coordinator” to the term used by the state and/or plan.*]
* Esta no es una lista completa. La información de beneficios es un resumen breve, no una descripción completa de los beneficios. Para obtener más información, comuníquese con el plan o consulte el *Manual del miembro* de <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: Contamos con servicios de interpretación gratuitos para responder a todas sus consultas acerca de su plan de salud o medicamentos. Para hablar con un intérprete, llámenos al <phone number>. Una persona que hable en <language> lo ayudara. 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 Illinois and must be provide the notice in alternate formats for individuals with disabilities who require auxiliary aids and services to ensure effective communication.]
* Este documento está disponible gratis en otros idiomas y formatos, como en letra grande, braille o audio. Llame al <toll-free phone and TTY numbers>, <days and hours of operation>. La llamada es gratuita.
* [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 Illinois Medicare-Medicaid Plans*.]]
* [*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*.]

# Preguntas frecuentes

En el siguiente cuadro aparecen las preguntas frecuentes.

[*Plans may add a maximum of two additional FAQs to this section. For example, plans may add an FAQ giving additional information about their specific plan. Answers must be kept brief, consistent with the pre-populated responses in the template.*]

| **Preguntas frecuentes (FAQ)** | **Respuestas** |
| --- | --- |
| **¿Qué es un Plan Medicare-Medicaid?** | Un Plan Medicare-Medicaid es un plan de salud que contrata con Medicare y <name of state Medicaid program> para proveer beneficios de ambos programas para los inscritos. Sirve para personas con Medicare y Medicaid. Un Plan Medicare-Medicaid es una organización compuesta por médicos, hospitales, farmacias, proveedores de servicios a largo plazo y otros proveedores. También tiene coordinadores de cuidado de salud, quienes lo ayudan a administrar todos sus proveedores y servicios. Todos ellos trabajan juntos para darle la atención que usted necesite. [*Plans should change “care coordinator” to the term used by the state and/or plan.*] |
| **¿Qué es un coordinador de cuidado de salud de <plan name>?** | Un <plan name care coordinator> es la persona principal a quién llamar. Esta persona ayuda a administrar todos sus proveedores y servicios y se asegura de que usted obtenga lo que necesite. [*Plans should change “care coordinator” to the term used by the State and/or plan.*] |
| **¿Qué son los servicios y respaldos a largo plazo?** | Los servicios y respaldos a largo plazo son servicios prestados a través de un centro de cuidado a largo plazo o a través de una exención con base en el hogar y la comunidad. Los miembros tienen la opción de obtener servicios y respaldos a largo plazo (LTSS) en el entorno menos restrictivo posible cuando sea apropiado, con preferencia por el hogar y la comunidad, y de acuerdo con los deseos del miembro y su plan de cuidado. |
| **¿Recibiré con <plan name> los mismos beneficios de Medicare y Medicaid que recibo ahora?** | Usted obtendrá sus beneficios cubiertos por Medicare y Medicaid directamente de <plan name>. Usted trabajará con un equipo de proveedores que ayudará a determinar qué servicios son los más adecuados para cubrir sus necesidades. Esto significa que pueden cambiar algunos de los servicios que recibe ahora. [*Plans should add if applicable:* Usted recibirá casi todos sus beneficios cubiertos de Medicare y Medicaid directamente de <plan name>, pero usted podría recibir algunos beneficios de la misma manera que ahora, fuera del plan.]  Cuando se inscriba en <plan name>, usted y su equipo para el cuidado de salud trabajarán juntos para desarrollar un Plan de cuidados individualizado para que puedan atender sus necesidades de salud y respaldo. Mientras tanto, [*Plans should add information about continuity of care: e.g.,* usted podrá seguir acudiendo a sus médicos y recibiendo los beneficios que recibe ahora hasta por 90 días o hasta que termine su plan de cuidado]. Cuando usted se une a nuestro plan, si toma algún medicamento de receta de la Parte D de Medicare que <plan name> no cubra normalmente, usted podrá obtener un suministro temporal. Le ayudaremos a obtener otro medicamento o una excepción para que <plan name> cubra su medicamento, siempre y cuando sea médicamente necesario. |
| **¿Puedo seguir acudiendo a los mismos médicos que hasta ahora?** | Esto pasa con frecuencia. Si sus proveedores (incluyendo médicos, terapeutas y farmacias) trabajan con <plan name> y tienen contrato con nosotros, usted podrá seguir viéndolos.   * Los proveedores que tienen acuerdos con nosotros se consideran “dentro de la red”. **Usted debe usar a proveedores de la red de <plan name>.** * Si necesita cuidado de urgencia o de emergencia o servicios de diálisis fuera del área de servicio, usted puede usar proveedores fuera del área del plan de <plan name>. [*Plans may insert additional exceptions as appropriate.*]   Para saber si sus médicos están dentro de la red del plan, llame a *Servicios al miembro* o consulte el *Directorio de proveedores y farmacias* de <plan name> en el sitio web del plan en <URL>.  Si acaba de incorporarse a <plan name>, usted puede seguir acudiendo a los mismos médicos que hasta ahora [*plans should discuss the state’s continuity of care requirement, e.g., for 90 days*] |
| **¿Qué sucederá si necesito algún servicio, pero ningún proveedor de la red de <plan name> puede proporcionármelo?** | La mayoría de los servicios serán prestados por proveedores de nuestra red. Si necesita algún servicio que no pueda ser proporcionado dentro de la red, <plan name> pagará el costo de un proveedor fuera de la red. |
| **¿Dónde está disponible <plan name>?** | El área de servicio de este plan incluye: [*Plans should enter* condado ***or*** condados] Condados [*plans should enter \* to denote partial county*], <State>. Usted debe vivir en [*plans should enter* esta área ***or*** una de estas áreas] para unirse al plan.  [*Plans enter if applicable:* \* Indica solo parte del condado. Llame a Servicios al miembro para pedir más información sobre si el plan está disponible donde usted vive.] |
| **¿Pago una cantidad mensual (también llamada prima) con <plan name>?** | Usted no pagará ninguna prima mensual a <plan name> por su cobertura de salud.  [*If a plan has a monthly premium that was approved by CMS and the state, plans should discuss it here.*] |
| **¿Qué es una autorización previa (PA)?** | PA significa que usted debe obtener aprobación de <plan name> antes de que pueda recibir un servicio, artículo o medicamento específicos o para acudir a un proveedor fuera de la red. <Plan name> podría no cubrir el servicio o medicamento si usted no obtiene autorización. Si necesita cuidado de urgencia o de emergencia o servicios de diálisis fuera del área de servicio, no necesita obtener primero la aprobación.  Consulte el Capítulo 3, [*plans may insert reference, as applicable*] del *Manual del miembro* para aprender más sobre PA. Para obtener más información sobre qué servicios requieren unaPA, consulte la Tabla de beneficios en la Sección D del Capítulo 4 del *Manual del miembro*. |
| **¿Qué es un referido?**  [If a plan does not require referrals for any of its services, the plan may delete this question.] | Un referido significa que su proveedor de cuidado primario (PCP) debe darle su aprobación antes de que usted pueda acudir a alguien que no sea su PCP u otros proveedores en la red del plan. Si usted no obtiene la aprobación, <plan name> podría no cubrir los servicios. Usted no necesita un referido para acudir a ciertos especialistas, como, por ejemplo, los especialistas en salud de la mujer.  Para obtener más información sobre cuándo usted necesitará un referido de su PCP, consulte el Capítulo 3 [*plans may insert reference, as applicable*] del *Manual del miembro*. |
| **¿Debo pagar algún deducible?** | Con el <plan name>, no debe pagar ningún deducible. |
| **¿Qué es Ayuda adicional?**  [If a plan is electing to reduce Part D copays to $0, the plan may delete this question.] | Ayuda adicional es un programa de Medicare que ayuda a personas de ingresos y recursos limitados a reducir sus gastos en medicamentos de receta de la Parte D de Medicare, como primas, deducibles y copagos. A la Ayuda adicional también se le llama “Subsidio por bajos ingresos” o “LIS”.  Sus copagos de medicamentos de receta con <plan name> ya incluyen la cantidad de Ayuda adicional para la que usted cumple con los requisitos. Para obtener más información sobre esta Ayuda adicional, comuníquese con su Oficina del Seguro Social o llame al Seguro Social al 1-800-772-1213. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-800-325-0778. [Plan may substitute TTY number with or add contact information for Video Relay or other accessible technology.] |
| **¿Con quién debo comunicarme si tengo alguna pregunta o necesito ayuda? (continúa en la página siguiente)** [*Plans may modify the call-lines as appropriate*] | **Si tiene alguna pregunta general o sobre nuestro plan, servicios, área de servicio, cobros o tarjetas de identificación de miembro, por favor llame a Servicios al miembro de <plan name>:**   | **POR TELÉFONO** | <Phone number(s)>  Las llamadas a este número son gratuitas. <Days and hours of operation.> [*Include information on the use of alternative technologies*.]  Servicios al miembro también tiene servicios gratuitos de intérprete de idiomas para las personas que no hablan inglés. | | --- | --- | | **POR TTY** | <TTY phone number>  [*Insert if the plan uses a direct TTY number:* Este número es para personas con problemas de audición o del habla. Para poder llamar, usted debe tener un equipo telefónico especial.]  Las llamadas a este número son gratuitas. <Days and hours of operation.> | |
| **¿Con quién debo comunicarme si tengo alguna pregunta o necesito ayuda? (continuación de la página anterior)** [*Plans may modify the call-lines as appropriate*] | **Si tiene preguntas sobre su salud, llame a la Línea de consejería de enfermeras:**   | **POR TELÉFONO** | <Phone Number>  Las llamadas a este número son gratuitas. <Days and hours of operation.> [*Include information on the use of alternative technologies*.] | | --- | --- | | **POR TTY** | <TTY phone number>  [*Insert if the plan uses a direct TTY number:* Este número es para personas con problemas de audición o del habla. Para poder llamar, usted debe tener un equipo telefónico especial.]  Las llamadas a este número son [*Insert if applicable:* no son] gratuitas. <Days and hours of operation.> |   [*Insert if applicable:* **Si necesita servicios inmediatos de salud del comportamiento, llame a la Línea de crisis de salud del comportamiento:**   | **POR TELÉFONO** | <Phone Number>  Las llamadas a este número son gratuitas. <Days and hours of operation.> [*Include information on the use of alternative technologies*.] | | --- | --- | | **POR TTY** | <TTY phone number>  [*Insert if the plan uses a direct TTY number:* Este número es para personas con problemas de audición o del habla. Para poder llamar, usted debe tener un equipo telefónico especial.]  Las llamadas a este número son [*Insert if applicable:* no son] gratuitas. <Days and hours of operation.>] | |

# Resumen de servicios

La tabla siguiente es un resumen rápido de los servicios que posiblemente necesite, sus costos y las reglas de los beneficios. [*Plans should add text in bold at the end of a service title if the service continues onto the next page:* (este servicio continúa en la página siguiente). *Plans should add text in bold after the service title on the following page:* <name of service> (continuación). *Plans should also be aware that the flow of services from one page to the next may vary after plan-customized information is added, which may necessitate adding and/or removing these instructions in other services as needed. Additionally, plans should maintain consistency of table formatting, borders, and color scheme throughout after adding plan-customized information*.]

| **Necesidad o problema de salud** | **Servicios que posiblemente necesite** [*This category includes examples of services that members may need. The health plan should add or delete any services based on the services covered by the State.*] | **Su costo por proveedores de la red** [*Plans should insert cost sharing where applicable.*] | **Limitaciones, excepciones e información de beneficios (reglas de los beneficios)** [*Plans should provide specific information about: need for referrals, need for PA, utilization management restrictions for drugs, maximum out of pocket costs on services, and permissible OON services and applicable cost sharing (if different than in-network cost sharing).*] |
| --- | --- | --- | --- |
| **Usted quiere un médico** | Consultas para atender una lesión o enfermedad | [$–] [*Plans should add any cost sharing.*] |  |
| Consultas de rutina, como un examen médico | [$–] |  |
| Transporte al consultorio médico | [$–] |  |
| Cuidados de especialista | [$–] |  |
| Cuidados para evitar que se enferme, como vacunas contra la gripe | [$–] |  |
| Visita preventiva de “Bienvenida a Medicare” (una única vez) | [$–] |  |
| **Usted necesita análisis médicos** | Análisis de laboratorio, como análisis de sangre | [$–] |  |
| Radiografías u otras imágenes, como tomografías axiales computarizadas (TAC) | [$–] |  |
| Exámenes exploratorios, como pruebas para detectar el cáncer | [$–] |  |
| **Necesita medicamentos para atender su enfermedad o padecimiento (este servicio continúa en la página siguiente)** | Medicamentos genéricos (no de marca) | [*Plans should insert a single amount or all applicable copay amounts for a tier with LIS copay amounts*] para un suministro de [*must be at least 30-days*] días.  [Plans may delete the following statement if they charge $0 for all generic drugs.]  Los copagos de medicamentos de receta podrían variar de acuerdo con el nivel de Ayuda adicional que usted reciba. Comuníquese con el plan para conocer más detalles. | Posiblemente haya limitaciones en cuanto a los tipos de medicamentos cubiertos. Para obtener más información, consulte la *Lista de medicamentos cubiertos* (Lista de medicamentos) de <plan name>.  [Plans may delete the following statement if they only have one coverage stage.] Cuando usted, o terceros en su nombre, hayan pagado $<TrOOP amount>, habrá alcanzado la etapa de cobertura catastrófica y pagará $0 por todos sus medicamentos de Medicare. Consulte el *Manual del miembro* para obtener más información sobre esa etapa.  [*Plans must indicate if extended-day supplies are available at retail and/or mail order pharmacy locations and make clear that the cost sharing amount for these extended-day supplies is the same as for a one-month supply.*] |
| **Necesita medicamentos para atender su enfermedad o padecimiento (continuación)** | Medicamentos de marca | [*Plans should insert a single amount or all applicable copay amounts for a tier with LIS copay amounts*] para un suministro de [*must be at least 30-days*] días.  [Plans may delete the following statement if they charge $0 for all brand name drugs.] Los copagos de medicamentos de receta podrían variar de acuerdo con el nivel de Ayuda adicional que usted reciba. Comuníquese con el plan para conocer más detalles. | Posiblemente haya limitaciones en cuanto a los tipos de medicamentos cubiertos. Para obtener más información, consulte la *Lista de medicamentos cubiertos* (Lista de medicamentos) de <plan name>.  [*Plans must indicate if extended-day supplies are available at retail and/or mail order pharmacy locations and make clear that the cost sharing amount for these extended-day supplies is the same as for a one-month supply.*] |
| **Necesita medicamentos para atender su enfermedad o padecimiento (continuación)** | Medicamentos de venta sin receta médica | [*Plans should insert a single amount, multiple amounts, or minimum/ maximum range.*] | Posiblemente haya limitaciones en cuanto a los tipos de medicamentos cubiertos. Para obtener más información, consulte la *Lista de medicamentos cubiertos* (Lista de medicamentos) de <plan name>. |
| Medicamentos de receta de la Parte B de Medicare | [$–] | Los medicamentos de la Parte B incluyen medicamentos administrados por su médico en su consultorio, algunos medicamentos orales para el cáncer y algunos medicamentos usados con cierto equipo médico. Para obtener más información sobre estos medicamentos, consulte el *Manual del miembro*. |
| **Usted necesita tratamiento después de una embolia o accidente** | Fisioterapia, terapia ocupacional o del lenguaje | [$–] |  |
| **Usted necesita cuidado de emergencia** | Servicios de sala de emergencias | [$–] | [*Plans must state that emergency room services must be provided OON and without PA requirements.*] |
| Servicios de ambulancia | [$–] |  |
| Cuidado de urgencia | [$–] | [*Plans must state that urgent care services must be provided OON and without PA requirements.*] |
| **Usted necesita cuidados hospitalarios** | Estadías en el hospital | [$–] |  |
| Cuidados del médico o cirujano | [$–] |  |
| **Usted necesita ayuda para mejorar o tiene necesidades médicas especiales** | Servicios de rehabilitación | [$–] |  |
| Equipo médico para cuidados de salud en el hogar | [$–] |  |
| Cuidado de enfermería especializada | [$–] |  |
| **Usted necesita cuidados de la vista** | Exámenes de la vista | [$–] |  |
| Anteojos o lentes de contacto | [$–] |  |
| **Usted necesita atención dental** | Chequeos dentales | [$–] |  |
| **Usted necesita servicios para el oído o auditivos** | Exámenes del oído | [$–] |  |
| Audífonos | [$–] |  |
| **Usted tiene una enfermedad crónica, como diabetes o enfermedad del corazón** | Servicios para ayudarle a controlar su enfermedad | [$–] |  |
| Suministros y servicios para la diabetes | [$–] |  |
| **Usted tiene alguna enfermedad de salud mental** | Servicios de salud mental o del comportamiento | [$–] |  |
| **Usted tiene un problema de abuso en el consumo de sustancias** | Servicios por abuso de sustancias | [$–] |  |
| **Usted necesita servicios de salud mental a largo plazo** | Cuidados como paciente hospitalizado para personas que necesitan cuidados de salud mental | [$–] |  |
| **Usted necesita equipo médico duradero (DME)** | Sillas de ruedas | [$–] |  |
| Nebulizadores | [$–] |  |
| Muletas | [$–] |  |
| Andadores | [$–] |  |
| Equipos y suministros de oxígeno | [$–] |  |
| **Usted necesita ayuda para su vida en casa (este servicio continúa en la página siguiente)** | Alimentos llevados a su casa | [$–] | [*For all LTSS, indicate if services are only available to members on a waiver.*] |
| Servicios para el hogar, como limpieza o tareas domésticas | [$–] |  |
| Cambios a su casa, como rampas y acceso para silla de ruedas | [$–] |  |
| **Usted necesita ayuda para su vida en casa (continuación)** | Asistente de cuidado personal  (Posiblemente pueda contratar su propio asistente. Llame a Servicios al miembro para pedir más información.) | [$–] |  |
| Entrenamiento para ayudarle a obtener trabajos con paga o sin paga | [$–] |  |
| Servicios de cuidados de salud en el hogar | [$–] |  |
| Servicios para ayudarle a vivir por su cuenta | [$–] |  |
| Servicios de día para adultos u otros servicios de respaldo | [$–] |  |
| **Usted necesita un lugar dónde vivir con personas disponibles para ayudarle** | Vida con asistencia u otros servicios de vivienda | [$–] |  |
| Cuidados en hogares para personas de la tercera edad | [$–] |  |
| **La persona que le cuida necesita una pausa** | Cuidados de respiro | [$–] |  |
| **Otros servicios cubiertos** [*Plans are encouraged to insert other services they offer that are not already included in the chart. This does not need to be a comprehensive list.*] |  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

# Beneficios cubiertos fuera de <plan name>

Esta no es una lista completa. Llame a Servicios al miembro para averiguar sobre otros servicios que <plan name> no cubre, pero que están disponibles a través de Medicare [insert if appropriate: o Medicaid].

| **Otros servicios cubiertos por Medicare [insert if appropriate: o Medicaid]** | **Sus costos** |
| --- | --- |
| [*Insert services covered outside the plan by Medicare fee-for-service and/or Medicaid fee-for-service, as appropriate. This does not need to be a comprehensive list. Plans may consult Section F of Chapter 4 of the Member Handbook for examples.*] | [*Plans should include copays for listed services.*] |
| Algunos servicios de hospicio | $0 |
|  |  |
|  |  |

# Servicios que <plan name>, Medicare y Medicaid no cubren

Esta no es una lista completa. Llame a Servicios al miembro para averiguar sobre otros servicios excluidos.

|  |  |
| --- | --- |
| **Servicios que <plan name>, Medicare y Medicaid no cubren** | |
| [*Insert any excluded benefit categories. This does not need to be a comprehensive list. Plans may consult Section G of Chapter 4 of the Member Handbook for examples.*] |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

# Sus derechos como miembro del plan

Como miembro de <plan name>, usted tiene ciertos derechos. Usted puede ejercer estos derechos sin ser castigado. También puede ejercer estos derechos sin perder sus servicios de cuidados de salud. Le hablaremos de sus derechos por lo menos una vez al año. Para obtener más información sobre sus derechos, consulte el *Manual del miembro*. Sus derechos incluyen, sin limitación, lo siguiente:

* **Usted tiene derecho a ser tratado con respeto, imparcialidad y dignidad.** Esto incluye el derecho a:
  + recibir servicios cubiertos, sin importar su raza, etnia, origen nacional, religión, sexo, edad, discapacidad mental o física, orientación sexual, información genética, posibilidades de pago o capacidad para hablar inglés.
  + obtener información en otros formatos (p. ej.: letra grande, braille, audio).
  + estar libre de todo tipo de restricción o reclusión.
  + que no le cobren los proveedores.
* **Usted tiene derecho a recibir información sobre sus cuidados de salud.** Esto incluye información sobre tratamiento y sus opciones de tratamiento. Esta información debe estar en un formato que usted pueda entender. Estos derechos incluyen recibir información sobre:
  + descripción de los servicios que cubrimos
  + cómo obtener servicios
  + cuánto le costarán los servicios
  + nombres de proveedores de cuidado de salud y administradores de cuidados
* **Usted tiene derecho a tomar decisiones sobre sus cuidados, incluso a rechazar el tratamiento.** Esto incluye el derecho a:
  + elegir un Proveedor de cuidado primario (PCP) y cambiar su PCP en cualquier momento durante el año.
  + acudir a un proveedor de cuidado de salud de la mujer sin referido.
  + obtener sus servicios y medicamentos cubiertos rápidamente.
  + conocer todas las opciones de tratamiento, sin importar su costo o si están cubiertos o no.
  + rechazar tratamiento, aunque su médico aconseje lo contrario.
  + dejar de tomar medicamentos.
  + pedir una segunda opinión. <Plan name> pagará el costo de la consulta para la segunda opinión.
* **Usted tiene derecho al acceso a tiempo a cuidados de salud sin obstáculos de comunicación o de acceso físico.** Esto incluye el derecho a:
  + obtener cuidado médico a tiempo.
  + entrar y salir del consultorio de un proveedor de cuidado de salud. Esto significa que el acceso sea libre sin obstáculos para personas con discapacidades, de acuerdo con la Ley de estadounidenses con discapacidades.
  + tener intérpretes que le ayuden a comunicarse con sus médicos y con su plan de salud.
* **Usted tiene derecho a cuidado de emergencia y urgencia cuando los necesite.** Esto significa que usted tiene derecho a:
  + obtener servicios de emergencia sin PA en una emergencia.
  + acudir a un proveedor de cuidado de urgencia o emergencia fuera de la red cuando sea necesario.
* **Usted tiene derecho a la confidencialidad y la privacidad.** Esto incluye el derecho a:
  + pedir y obtener una copia de sus expedientes médicos de manera que usted pueda comprenderlos y pedir que se hagan cambios o correcciones a sus expedientes.
  + que su información médica personal sea privada.
* **Usted tiene el derecho a quejarse sobre sus cuidados o servicios cubiertos.** Esto incluye el derecho a:
  + presentar una queja o reclamo contra nosotros o nuestros proveedores.
  + pedir una audiencia imparcial del estado.
  + obtener una explicación detallada de por qué se negaron los servicios.

Para obtener más información sobre sus derechos, puede leer el *Manual del miembro* de <plan name>. Si tiene preguntas, también puede llamar a los Servicios al miembro de <plan name> al <toll-free phone and TTY numbers>, <days and hours of operation>. La llamada es gratuita.

# Cómo presentar una queja o apelar un servicio que negamos

Si usted tiene alguna queja o le parece que <plan name> debería cubrir algo que negamos, llame a <plan name> al <toll-free phone and TTY numbers>, <days and hours of operation>. La llamada es gratuita. Usted podría apelar nuestra decisión.

Si tiene preguntas sobre quejas y apelaciones, puede leer el Capítulo 9 del *Manual del miembro* de <plan name>[*plans may insert reference, as applicable*]. También puede llamar a Servicios al miembro de <plan name>.

[*Plans should include contact information for complaints, grievances, and appeals.*]

# Qué hacer si sospecha de la existencia de fraude

La mayoría de los profesionales de cuidado de salud y las organizaciones que proporcionan servicios son honestos. Desafortunadamente, puede haber algunos deshonestos.

Si le parece que algún médico, hospital u otra farmacia está haciendo algo mal, por favor comuníquese con nosotros.

* Llámenos a Servicios al miembro de <plan name> al <toll-free phone and TTY numbers>, <days and hours of operation>. La llamada es gratuita.
* O llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Usted puede llamar a estos números gratuitos, las 24 horas del día y 7 días a la semana.
* [*Plans may also insert additional State-based resources for reporting fraud.*]