Instructions to Health Plans

* [Plans should replace the word “Medicaid” with “MassHealth”.]
* [If plans/states do not use the term “Care Coordinator,” plans should replace it with the term the plan uses.]
* [Plans may add a cover page to the Summary of Benefits. Plans may include the Material ID only on the cover page.]
* [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).]
* [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.*
* *Consider producing translated models in large print*.
* *Consider using 5th grade reading level as your baseline.*]

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](#_Toc138689061)

[B. Preguntas frecuentes 6](#_Toc138689062)

[C. Resumen de servicios 13](#_Toc138689063)

[D. Beneficios cubiertos fuera de <plan name> 25](#_Toc138689064)

[E. Servicios que <plan name>, Medicare y MassHealth no cubren 25](#_Toc138689065)

[F. Sus derechos y responsabilidades como miembro del plan 26](#_Toc138689066)

[G. Cómo presentar una queja o apelar un servicio que negamos 30](#_Toc138689067)

[H. Qué hacer si quiere recibir ayuda independiente para informar una queja o inquietud 30](#_Toc138689068)

[I. Qué hacer si sospecha de la existencia de fraude 31](#_Toc138689069)

# 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, por favor 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.*] Sirve para personas con Medicare y MassHealth de 21 a 64 años en el momento de la inscripción.
* [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 MassHealth en un solo plan de salud llamado plan One Care. 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*.
* ATENCIÓN: Si habla [*insert language of the disclaimer*], hay servicios de asistencia de idioma disponibles para usted sin cargo. Llame al [insert Member Services toll-free phone and TTY numbers, and days and hours of operation]*.* La llamada es gratuita. [*This disclaimer must be included in Spanish and any other* non-English languages that meet the Medicare and/or state thresholds for translation*.*]
* Puede obtener este documento gratis en otros formatos, por ejemplo, en letra grande, formatos que funcionen con tecnología de lector de pantalla, braille o audio. Llame al <toll-free phone and TTY numbers>, <days and hours of operation>. La llamada es gratuita.
* [*Plans also must simply describe:*
  + *how they will request a member’s preferred language other than English and/or alternate format,*
  + *how they will keep the member’s information as a standing request for future mailings and communications so the member does not need to make a separate request each time,* ***and***
  + *how a member can change a standing request for preferred language and/or format.*]

# Preguntas frecuentes

En el siguiente cuadro aparecen las preguntas frecuentes. [*Plans should add text in bold at the end of a frequently asked question (FAQ) title if the service continues onto the next page:* **(este servicio continúa en la página siguiente)**. *Plans should add text in bold after the FAQ title on the following page:* **(continuación de la página anterior)**. *Plans should also be aware that the flow of FAQ 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 FAQ as needed. Additionally, plans should maintain consistency of table formatting, borders, and color scheme throughout after adding plan-customized information*.]

[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 One Care?** | Un plan One Care 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, quienes le ayudan a administrar a todos sus proveedores, servicios y respaldos. Todos ellos trabajan juntos para darle la atención que usted necesite. <Plan name> (Plan Medicare-Medicaid) es un plan One Care que proporciona beneficios de MassHealth y Medicare a los inscritos en el programa One Care. [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 Coordinador de cuidado de salud de <plan name> 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. |
| **¿Qué son los servicios y respaldos a largo plazo?** | Los servicios y respaldos a largo plazo ayudan a las personas que necesitan asistencia para realizar tareas cotidianas, como bañarse, vestirse, preparar la comida y tomar medicamentos. La mayoría de esos servicios se proporcionan en su hogar o en su comunidad, pero se podrían proporcionar en un hogar para personas de la tercera edad u hospital. |
| **¿Qué es un Coordinador de respaldos a largo plazo (LTS)?** | Un Coordinador de LTS de <plan name> es una persona con la que puede ponerse en contacto y tener en su Equipo para el cuidado de salud ya que es un experto en servicios y respaldos a largo plazo o servicios de recuperación. Esta persona le ayuda a obtener servicios que le ayuden a vivir de forma independiente en su casa. |
| **¿Recibiré con <plan name> los mismos beneficios de Medicare y MassHealth que recibo ahora?** | Usted obtendrá sus beneficios cubiertos por Medicare y MassHealth 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. También puede obtener otros beneficios de la misma manera que ahora, directamente de una agencia estatal como el Departamento de Salud Mental o el Departamento de Servicios del Desarrollo.  Cuando se inscriba en <plan name>, usted y su Equipo para el cuidado de salud trabajarán juntos para desarrollar un Plan de cuidados individualizado (ICP) para que puedan atender sus necesidades de salud y respaldo, reflejando sus preferencias y objetivos personales. Si toma algún medicamento de receta de la Parte D de Medicare que <plan name> no cubra normalmente, usted podrá obtener un suministro temporal y le ayudaremos a hacer la transición a otro medicamento u obtener una excepción para que <plan name> cubra el medicamento si es médicamente necesario. Para todos los demás servicios, usted podrá seguir acudiendo a sus médicos y recibiendo los beneficios que recibe ahora hasta por 90 días o hasta que termine su ICP. |
| **¿Puedo seguir acudiendo a los mismos médicos que hasta ahora?** | Esto pasa con frecuencia. Si sus proveedores (incluidos médicos, terapeutas, farmacias y proveedores de cuidado de salud) trabajan con <plan name> y tienen contrato con nosotros, usted podrá seguir acudiendo a ellos.   * 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 lea el *Directorio de proveedores y farmacias* de <plan name> en el sitio web del plan en <web address>. [*Plans may insert additional language regarding the possibility for member’s out of network providers to contract with the plan.*]  Si es nuevo en <plan name>, trabajaremos con usted para desarrollar un Plan de cuidados individualizado (ICP) que atienda a sus necesidades. Usted puede continuar acudiendo a los médicos que ve ahora durante 90 días o hasta que finalice su ICP. |
| **¿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*** unade 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.  Si paga una prima a MassHealth CommonHealth, deberá seguir pagando la prima a MassHealth para mantener su cobertura. |
| **¿Qué es una autorización previa (PA)?** | PA significa que usted debe obtener aprobación de <plan name> antes de que <plan name> cubra un servicio, artículo o medicamento específicos o para un proveedor fuera de la red. <Plan name> podría no cubrir el servicio, artículo o medicamento si usted no obtiene PA. **Si necesita cuidado de urgencia o de emergencia o servicios de diálisis fuera del área de servicio, no necesita obtener primero la aprobación. <Plan name> puede proporcionarle una lista de servicios o procedimientos que requieren que usted obtenga una PA de <plan name> antes de que se preste el servicio.**  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 una PA, 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.] | [*Plans may modify this section as needed*] Un referido significa que su [insert: proveedor de cuidado primario (PCP) **or** Equipo para el cuidado de salud] 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.  Un especialista es un proveedor con formación adicional. Si no recibe un referido de su [insert: PCP **or** Equipo para el cuidado de salud], <plan name> puede no cubrir los servicios. <Plan name>puede proporcionarle una lista de servicios que requieren que usted obtenga un referido de [*insert:* PCP ***or*** Equipo para el cuidado de salud] antes de la prestación del servicio.  Para obtener más información sobre cuándo usted necesitará un referido de su PCP o Equipo para el cuidado de salud, 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. Ayuda adicional también se 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.] |
| **¿Tengo algún período sin cobertura para medicamentos?** | No. El “período sin cobertura” implica que una vez que las personas con Medicare y sus planes hayan gastado cierto monto de dinero en medicamentos cubiertos, el afiliado a Medicare deba pagar una parte de los gastos directos de su bolsillo durante ese “período”. Con Medicaid, no tiene ese período sin cobertura para medicamentos. |
| **¿Con quién debo comunicarme si tengo alguna pregunta o necesito ayuda? (continúa en la página siguiente)**  [The Member Services, Nurse Advice, and Behavioral Health sections may be combined if the plan uses the same contact information for all three functions.] | **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> [*Plans may substitute TTY number with or add contact information for Video Relay or other accessible technology*]  [*Insert if the plan uses a direct TTY or other accessible number:* Este número es para personas sordas o con dificultades auditivas 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)**  [The Member Services, Nurse Advice, and Behavioral Health sections may be combined if the plan uses the same contact information for all three functions.] | **Si tiene preguntas sobre su salud, llame a la <Nurse Advice Call line>** [*plans can use a plan-specific name for the Nurse Advice Call Line*]**:**   |  |  | | --- | --- | | **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 sordas o con dificultades auditivas 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> | |
| **¿Con quién debo comunicarme si tengo alguna pregunta o necesito ayuda? (continuación de la página anterior)**  [The Member Services, Nurse Advice, and Behavioral Health sections may be combined if the plan uses the same contact information for all three functions.] | [**Si necesita servicios inmediatos de salud del comportamiento, por favor llame a la <Behavioral Health Crisis Line>**[*plans can use a plan-specific name for the Behavioral Health Crisis Line*]**:**   |  |  | | --- | --- | | **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 sordas o con dificultades auditivas 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 dentro de la red** | **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 | $0 |  |
| Consultas de rutina, como un examen médico | $0 |  |
| Transporte al consultorio médico | $0 |  |
| Cuidados de especialista |  |  |
| Cuidados para evitar que se enferme, como vacunas contra la gripe | $0 |  |
| Visita preventiva de “Bienvenida a Medicare” (una única vez) | $0 |  |
| **Usted necesita análisis médicos** | Análisis de laboratorio, como análisis de sangre | $0 |  |
| Radiografías u otras imágenes, como tomografías axiales computarizadas (TAC) | $0 |  |
| Exámenes exploratorios, como pruebas para detectar el cáncer | $0 |  |
| **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-day] días.  [Plans may delete the following statements 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 <insert TrOOP amount>, habrá alcanzado la etapa de cobertura catastrófica y pagará $0 por sus medicamentos de Medicare. Consulte el *Manual del miembro* para obtener más información sobre esta etapa.  **Mensaje importante sobre lo que paga por las vacunas:** algunas vacunas están cubiertas dentro de los beneficios y otras se consideran medicamentos de la Parte D. Estas vacunas están detalladas en *la Lista de medicamentos cubiertos* (*Formulario*)*.* Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D, sin costo alguno para usted.[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)** |  |  | Si ha estado en un centro de enfermería durante al menos 90 días, no tendrá que pagar ningún copago por los medicamentos recetados. |
| **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-day*].  [*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.]  Si ha estado en un centro de enfermería durante al menos 90 días, no tendrá que pagar ningún copago por los medicamentos recetados. |
| **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 | $0 | 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 | $0 |  |
| **Usted necesita cuidado de emergencia** | Servicios de sala de emergencias | $0 | [Plans must state that emergency room services must be provided OON and without PA requirements.] |
| Servicios de ambulancia | $0 |  |
| Cuidado de urgencia | $0 | [Plans must state that urgent care services must be provided OON and without PA requirements.] |
| **Usted necesita cuidados hospitalarios** | Estadías en el hospital | $0 |  |
| Cuidados del médico o cirujano | $0 |  |
| **Usted necesita ayuda para mejorar o tiene necesidades médicas especiales (este servicio continúa en la página siguiente)!** | Servicios de rehabilitación | $0 |  |
| Atención quiropráctica | $0 |  |
| Equipo médico para cuidados de salud en el hogar | $0 |  |
| Cuidados de enfermería especializada y servicios de salud en el hogar | $0 |  |
| Planificación familiar | $0 |  |
| **Usted necesita ayuda para mejorar o tiene necesidades médicas especiales (continuación)** | Servicios de enfermeros parteros | $0 |  |
| Servicios de aborto | $0 |  |
| Servicios de diálisis | $0 |  |
| Podiatría | $0 |  |
| Servicios prostéticos | $0 |  |
| Servicios ortopédicos | $0 |  |
| **Usted necesita cuidados de la vista** | Exámenes de la vista | $0 |  |
| Anteojos o lentes de contacto | $0 |  |
| Otros cuidados de la vista | $0 |  |
| **Usted necesita atención dental** | Revisiones dentales y cuidados preventivos | $0 |  |
| Cuidados dentales de restauración y de emergencia | $0 |  |
| **Usted necesita servicios para el oído o auditivos** | Exámenes del oído | $0 |  |
| Audífonos | $0 |  |
| **Usted tiene una enfermedad crónica, como diabetes o enfermedad del corazón** | Servicios para ayudarle a controlar su enfermedad | $0 |  |
| Suministros y servicios para la diabetes | $0 |  |
| **Usted tiene alguna enfermedad de salud del comportamiento** | Servicios de salud del comportamiento | $0 |  |
| **Usted tiene un problema de abuso en el consumo de sustancias** | Servicios por abuso en el consumo de sustancias | $0 |  |
| **Usted necesita servicios de salud del comportamiento a largo plazo** | Servicios de atención a pacientes hospitalizados y ambulatorios y con base en la comunidad para personas que necesitan atención de salud del comportamiento | $0 |  |
| **Usted necesita equipo médico duradero (DME)**  **Nota:** Esta no es una lista completa de DME cubiertos. Para obtener una lista completa, comuníquese con Servicios al miembro o consulte el Capítulo 4 del *Manual del miembro*. | Sillas de ruedas, muletas y andadores | $0 |  |
| Nebulizadores | $0 |  |
| Equipos y suministros de oxígeno | $0 |  |
| **Usted necesita ayuda para vivir en su hogar** | Servicios para el hogar, como limpieza o tareas domésticas | $0 |  |
| Cambios a su casa, como rampas y acceso para silla de ruedas | $0 |  |
| Servicios de habilitación de día | $0 |  |
| Servicios para ayudarle a vivir por su cuenta (servicios de cuidados de salud en el hogar o servicios de asistencia para el cuidado personal) | $0 |  |
| Servicios de salud de día para adultos u otros servicios de respaldo | $0 |  |
| Cuidado temporario para adultos y cuidado colectivo temporario para adultos | $0 |  |
| **Usted necesita un lugar dónde vivir con personas disponibles para ayudarle** | Cuidados en hogares para personas de la tercera edad | $0 |  |
| **La persona que le cuida necesita una pausa** | Cuidados de respiro | $0 |  |
| **Usted necesita transporte** | Transporte de emergencia | $0 |  |
| Transporte a las citas médicas | $0 |  |
| Transporte a otros servicios | $0 |  |
| **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.*] |  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

El resumen de beneficios anterior se proporciona únicamente con fines informativos. Para obtener más información sobre sus beneficios, puede leer el <plan name> *Manual del miembro*. Si tiene preguntas, también puede llamar a Servicios al miembro de <plan name>.

# 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, MassHealth o una agencia estatal.

| **Otros servicios cubiertos por Medicare, MassHealth o una agencia estatal** | **Sus costos** |
| --- | --- |
| [*Insert services covered outside the plan by Medicare fee-for-service and/or MassHealth fee-for-service, as appropriate. This does not need to be a comprehensive list.*] | [*Plans should include copays for listed services.*] |
| Algunos servicios de cuidado de hospicio cubiertos fuera de <plan name> | $0 |
| Rehabilitación psicosocial |  |
| Gestión de casos específicos |  |
| Habitación y alimentos en un hogar de descanso |  |

# Servicios que <plan name>, Medicare y MassHealth 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 MassHealth 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 y responsabilidades como miembro del plan

Como miembro de <plan name>, usted tiene ciertos derechos con respecto a su cuidado de salud. También tiene ciertas responsabilidades hacia los proveedores de cuidado de salud que le atienden. Independientemente de su estado de salud, no se le puede negar tratamiento médicamente necesario. Usted puede ejercer estos derechos sin ser castigado y sin perjudicar la forma en que <plan name> y sus proveedores le tratan. 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, entre otros, los siguientes:**

* **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, estado de salud, discapacidad mental, física o sensorial, orientación sexual, información genética, posibilidades de pago o capacidad para hablar inglés. Ningún proveedor de cuidado de salud debe llevar a cabo ninguna práctica sobre ningún miembro que constituya una discriminación ilegal en virtud de cualquier ley o reglamento estatal o federal.
* recibir, a petición suya, información en otros formatos (p. ej.: letra grande, braille, audio) de forma gratuita.
* estar libre de todo tipo de restricción o reclusión.
* que no le cobren los proveedores de la red.
* recibir una respuesta completa y amable a sus preguntas e inquietudes.
  + ejercer sus derechos libremente sin que ello perjudique la forma en que <plan name> o su proveedor le tratan.
* **Usted tiene derecho a recibir información sobre sus cuidados de salud.** Esto incluye información sobre tratamiento y sus opciones de tratamiento, independientemente del costo o de la cobertura de los beneficios. Esta información debe estar en un formato e idioma que usted pueda entender. Estos derechos incluyen recibir información sobre:
  + <Plan name>
  + los servicios que cubrimos.
  + cómo obtener servicios.
  + cuánto le costarán los servicios.
  + nombres de proveedores de cuidado de salud y coordinadores de cuidado de salud.
  + sus derechos y responsabilidades.
* **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. Puede llamar a <number> si quiere cambiar su PCP.
  + elegir un Coordinador de respaldos a largo plazo (LTS).
  + acudir a un proveedor de cuidado de salud de la mujer sin referido.
  + obtener sus servicios y medicamentos cubiertos rápidamente.
  + conocer y recibir todos los beneficios, servicios, derechos y responsabilidades que tiene en virtud de <plan name>, Medicare y MassHealth.
  + conocer el posible resultado de sus opciones de tratamiento.
  + rechazar el tratamiento, en la medida en que la ley lo permita, aunque su médico aconseje lo contrario.
  + dejar de tomar medicamentos.
  + pedir una segunda opinión sobre cualquier cuidado de la salud que su PCP o su Equipo para el cuidado de salud le aconseje. <Plan name> pagará el costo de la consulta para la segunda opinión.
  + crear y aplicar una directiva anticipada, como un testamento o un poder legal de cuidados de salud.
* **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 cuidados de salud para los servicios cubiertos dentro de los plazos descritos en el *Manual del miembro*, y presentar una apelación si no recibe los cuidados dentro de esos plazos.
* 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, con otros proveedores y con su plan de salud. Llame al <number> si necesita ayuda con este servicio.
* pedir que le traduzcan el *Manual del miembro* y cualquier material impreso de <plan name> a su idioma principal, o que le lean estos materiales en voz alta si tiene problemas para ver o leer. Los servicios de interpretación oral estarán disponibles a petición y de forma gratuita.
* estar libre de todo tipo de reclusión o restricción física que fuera utilizada con fines de coerción, presión, disciplina, conveniencia o represalia.
* **Usted tiene derecho a cuidados de emergencia y urgencia cuando los necesite.** Esto significa que usted tiene derecho a:
* obtener servicios de cuidado de emergencia y de urgencia sin aprobación previa, las 24 horas, los 7 días de la semana.
* 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.
  + mantener la privacidad de su información médica personal y de todo lo que hable con ellos. No se divulgará ninguna información médica personal a nadie sin su consentimiento, a menos que lo exija la ley.
  + tener privacidad durante el tratamiento.
* **Usted tiene el derecho a quejarse sobre sus cuidados o servicios cubiertos.** Esto incluye el derecho a:
  + acceder a un proceso sencillo para expresar sus preocupaciones, y esperar un seguimiento por parte de <plan name>.
  + presentar una queja o reclamo contra nosotros o nuestros proveedores. También tiene derecho a apelar ciertas decisiones tomadas por nosotros o nuestros proveedores
* pedir una audiencia imparcial del Estado de Massachusetts.
  + obtener una explicación detallada de por qué se negaron los servicios.
  + cancelar su inscripción en <plan name> y cambiar a otro plan llamando al Centro de servicios al cliente de Massachusetts al 1-800-841-2900. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-800-497-4648.

**Sus responsabilidades incluyen, entre otras, las siguientes:**

* **Usted tiene la responsabilidad de tratar a los demás con respeto, imparcialidad y dignidad.** Usted debería hacer lo siguiente:
  + tratar a sus proveedores de cuidado de salud con dignidad y respeto.
  + asistir a las citas, ser puntual y llamar con antelación si va a llegar tarde o tiene que cancelar.
* **Usted tiene la responsabilidad de dar información sobre usted y su salud.** Usted debería hacer lo siguiente:
  + comunicarle al proveedor de cuidado de salud sus problemas de salud de forma clara y aportando la mayor cantidad de información posible.
  + informar a su proveedor de cuidado de salud sobre usted y su historial médico.
  + decirle a su proveedor de cuidado de salud que usted es miembro de <plan name>.
  + hablar con su <PCP>, Equipo para el cuidado de salud, Coordinador de cuidado de salud u otra persona adecuada sobre cómo buscar los servicios de un especialista antes de acudir a un hospital (excepto en casos de emergencia o cuando usted mismo se refiere para ciertos servicios cubiertos).
  + hablar con su <PCP>, Equipo para el cuidado de salud, Coordinador de cuidado de salud u otra persona adecuada dentro de las 48 horas siguientes a cualquier tratamiento de urgencia o fuera de la red.
  + notificar al departamento de servicios al miembro de <plan name> si hay algún cambio en su información personal, como su dirección o número de teléfono.
* **Usted tiene la responsabilidad de tomar decisiones sobre sus cuidados, incluso a rechazar el tratamiento.** Usted debería hacer lo siguiente:
  + informarse sobre sus problemas de salud y cualquier tratamiento recomendado, y considerar el tratamiento antes de realizarlo.
  + asociarse con su Equipo para el cuidado de salud y elaborar juntos los planes de tratamiento y los objetivos.
  + seguir las instrucciones y los planes de cuidado que usted y su proveedor de cuidado de salud han acordado, y recordar que rechazar el tratamiento que recomienda su proveedor de cuidado de salud podría perjudicar su salud.
* **Usted tiene la responsabilidad de obtener sus servicios de <plan name>.** Usted debería hacer lo siguiente:
  + recibir cuidados de salud de <plan name>, excepto en casos de emergencia, cuidado de urgencia, servicios de diálisis fuera del área o servicios de planificación familiar, a menos que <plan name> proporcione una PA para que reciba cuidados fuera de la red.
  + no permitir que nadie más utilice su tarjeta de identificación de miembro de <plan name> para obtener servicios médicos.
  + notificar a <plan name> cuando crea que alguien ha usado indebidamente y a propósito beneficios o servicios de <plan name>.

Usted puede ser responsable del pago de los servicios que <plan name> no cubre. Encontrará una lista completa de los servicios cubiertos en el *Manual del miembro*.

Para obtener más información sobre sus derechos, puede leer el <plan name> *Manual del miembro*. Si tiene preguntas, también puede llamar a Servicios al miembro de <plan name>.

# 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 number>. Puede presentar una queja o apelar nuestra decisión.

Si tiene preguntas sobre quejas y apelaciones, puede leer el Capítulo 9 del <plan name> *Manual del miembro* [*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 quiere recibir ayuda independiente para informar una queja o inquietud

My Ombudsman es un programa independiente donde pueden ayudarlo si tiene preguntas, inquietudes o problemas relacionados con One Care. Puede comunicarse con el programa para obtener información o ayuda Los servicios de My Ombudsman son gratuitos. El personal de My Ombudsman:

* responderá a sus preguntas o lo remitirá al lugar adecuado para que encuentre lo que necesita.
* lo ayudará con un problema o inquietud relacionados con One Care o su plan One Care, <plan name>. El personal de My Ombudsman lo escuchará, investigará sobre el asunto y analizará las opciones con usted para resolver el problema.
* lo ayudarán con las apelaciones. Una apelación es una manera formal de pedirle al plan One Care, MassHealth o Medicare que revisen alguna decisión que hayan tomado sobre sus servicios. El personal de My Ombudsman puede hablar con usted sobre cómo presentar una apelación y qué esperar durante el proceso.

Puede llamar por teléfono, escribir o presentarse en la oficina de My Ombudsman.

* Llame al 1-855-781-9898, de lunes a viernes, de 9:00 a.m. a 4:00 p.m.
  + Use el servicio 7-1-1 para llamar al 1-855-781-9898. Este número es para personas sordas o con dificultades auditivas o del habla.
  + Llame al 339-224-6831 para utilizar el servicio de videollamada. Este número es para personas sordas o con dificultades auditivas.
* Envíe un correo electrónico a [info@myombudsman.org](mailto:info@myombudsman.org)
* Puede escribir o hacer una visita a la oficina de My Ombudsman en 25 Kingston Street, 4th floor, Boston, MA 02111
  + Ingrese al sitio web de My Ombudsman o comuníquese directamente con ellos para obtener información actualizada acerca de la ubicación y los horarios de atención.
* Visite el sitio web de My Ombudsman en [www.myombudsman.org](http://www.myombudsman.org)

# 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>. Los números de teléfono están en la portada de este resumen.
* O llame al Centro de servicio al cliente de MassHealth al 1-800-841-2900. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-800-497-4648.
* O llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden 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*.]