<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 must revise “Medicaid” references to “MassHealth” throughout the handbook.]
* [Where the template uses “medical care,” “medical services,” or “health care services” to explain services provided, plans may revise and/or add references to behavioral health services, long-term services and supports, and/or home and community-based services as applicable.]
* [Where the template uses “Care Coordinator,” plans may replace this term for the name they use for this role.]
* [Plans may change references to “member,” “customer,” or “beneficiary” to whatever term they prefer.]
* [Where the template instructs inclusion of a phone number, plans must ensure it is a toll-free number and include a toll-free TTY number and days and hours of operation.]
* [Plans should refer members to other parts of the handbook using the appropriate chapter number, section, and/or page number. For example, "refer to Chapter 9, Section A, page 1." An instruction [plans may insert reference, as applicable] is listed next to each cross-reference throughout the handbook.]
* [*Wherever possible, plans are encouraged to adopt good formatting practices that make information easier for English-speaking and non-English-speaking enrollees to read and understand. Plan instructions in this document are in English. Some instructions permit flexibility for plans to modify language, replace references with terms each plan prefers to use, include examples and descriptions, and/or add instructions or navigational aids. In such cases, each plan is responsible for ensuring that member-facing language is in the translated language (e.g., Spanish) and consistent with other good formatting practices. 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.*
* *Consider producing translated models in large print.*
* *Review added text to meet 5th grade reading level requirements*.]

**<start date> – <end date>**

**Su cobertura de salud y medicamentos en <plan name> del 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 los servicios y respaldos a largo plazo. Los servicios y respaldos a largo plazo le brindan los cuidados que usted necesita en su hogar o en la comunidad y pueden reducir sus probabilidades de ir a un centro de enfermería 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.**

<Plan name> (plan Medicare-Medicaid) es ofrecido por [insert sponsor name]. Cuando en este *Manual del miembro* se habla de “nosotros”, “a nosotros” o “nuestro”, se refiere a [insert sponsor name]. Cuando se habla del “plan” o de “nuestro plan”, se refiere a <plan name>*.*

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*. (such as Large Print, Braille, recording, etc.)]

[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**

En este capítulo se incluye información sobre <plan name>, un plan de salud que cubre todos sus servicios de Medicare y MassHealth, y su participación en el plan. También le explica lo que debe esperar 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](#_Toc138071349)

[B. Información sobre Medicare y MassHealth 7](#_Toc138071350)

[B1. Medicare 7](#_Toc138071351)

[B2. MassHealth 7](#_Toc138071352)

[C. Ventajas del plan One Care 8](#_Toc138071353)

[D. Área de servicio de <plan name> 9](#_Toc138071354)

[E. Requisitos para ser miembro del plan 10](#_Toc138071355)

[F. Qué esperar al inscribirse por primera vez en un plan de salud 10](#_Toc138071356)

[G. Su plan de cuidado individualizado (ICP) 10](#_Toc138071357)

[H. La prima mensual del plan <plan name> 11](#_Toc138071358)

[I. El *Manual del miembro* 11](#_Toc138071359)

[J. Otra información importante que le enviaremos 12](#_Toc138071360)

[J1. Su tarjeta de identificación de miembro de <plan name> 12](#_Toc138071361)

[J2. *Directorio de proveedores y farmacias* 12](#_Toc138071362)

[J3. *Lista de medicamentos cubiertos* 13](#_Toc138071363)

[J4. *Explicación de beneficios* 14](#_Toc138071364)

[K. Cómo mantener actualizado su expediente de miembro 14](#_Toc138071365)

[K1. Privacidad de su información médica personal (PHI) 15](#_Toc138071366)

# Bienvenido a <plan name>

<Plan name> es un plan One Care: MassHealth más Medicare. Un plan One Care está compuesto por médicos, hospitales, farmacias, proveedores de servicios y respaldos a largo plazo (LTSS), proveedores de servicios de la salud mental, proveedores de servicios en caso de abuso de sustancias, organizaciones de la comunidad que pueden brindar asistencia en caso de necesidades sociales relacionadas con la salud y otros proveedores de cuidado de salud. En un plan One Care, un coordinador de cuidado de salud trabajará con usted para preparar un plan adaptado a sus necesidades de salud específicas. Un coordinador de cuidado de salud también le ayudará a administrar todos sus proveedores, servicios y respaldos. Todos trabajan en conjunto para proporcionarle los cuidados que usted necesite.

<Plan name> fue aprobado por la Mancomunidad de Massachusetts y por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) para ofrecerle servicios como parte de One Care.

One Care es un programa administrado por Massachusetts y el gobierno federal para ofrecer un mejor cuidado de salud a quienes tienen Medicare y MassHealth (Medicaid). Este programa piloto le permite al estado y el gobierno federal evaluar maneras de mejorar los servicios de cuidado de salud que usted recibe de Medicare y MassHealth.

[Plan can include language about itself.]

# Información sobre Medicare y MassHealth

## B1. Medicare

Medicare es el programa federal de seguros de salud para:

* algunas personas menores de 65 años con ciertas discapacidades;
* personas de 65 años de edad o mayores; **y**

personas con enfermedad renal en fase terminal (insuficiencia renal).

## B2. MassHealth

MassHealth es el nombre del programa Medicaid de Massachusetts. MassHealth es administrado por el gobierno federal y por el estado. MassHealth 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 tiene su propio programa Medicaid. Eso significa que cada estado decide:

* qué cuenta como ingreso y recursos,
* quién es elegible para cobertura de Medicaid en ese estado,
* qué servicios están cubiertos, **y**
* qué costo tienen esos servicios.

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

[Plans may add language indicating that Medicaid approves their plan each year, if applicable.] Medicare y Massachusetts deben aprobar el plan <plan name> cada año. Usted puede obtener servicios de Medicare y MassHealth por medio de nuestro plan, siempre y cuando:

* cumpla los requisitos para participar en One Care;
* ofrezcamos el plan en su condado; **y**

Medicare y Massachusetts aprueben el plan.

Aunque nuestro plan se cancele, esto no afectará su elegibilidad para recibir servicios de Medicare y MassHealth.

# Ventajas del plan One Care

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

Con <plan name> sus beneficios de Medicare y MassHealth funcionarán mejor juntos y funcionarán mejor para usted. Estas son algunas de las ventajas de tener <plan name> como su plan de salud.

* Podrá trabajar con **un** plan de salud para **todas** sus necesidades de seguro de salud.
* Tendrá acceso a un equipo para el cuidado de salud conformado por las personas que usted elija. Un equipo para el cuidado de salud es un grupo de personas que conocerán sus necesidades y trabajarán con usted para ayudarle a crear e implementar un plan de cuidado individualizado (ICP). Su equipo para el cuidado de salud hablará con usted sobre los servicios que son adecuados para usted.
* Tendrá un coordinador de cuidado de salud que trabajará con usted, con el plan de salud y con su equipo para el cuidado de salud para asegurarse de que usted reciba el cuidado que necesita.
* También puede optar por tener un coordinador de respaldos a largo plazo (LTS). Los servicios y respaldos a largo plazo se ofrecen a las personas que necesitan ayuda para realizar tareas cotidianas, como bañarse, vestirse, preparar comida y tomar medicamentos.
* Un coordinador de LTS le ayudará a encontrar y obtener los LTSS adecuados u otros servicios de salud del comportamiento o de la comunidad.
  + Tanto el coordinador de cuidado de salud como el coordinador de LTS trabajarán con su equipo para el cuidado de salud para asegurarse de que usted reciba el cuidado que necesita.
* Usted podrá encargarse del cuidado de su salud con la ayuda de su equipo para el cuidado de salud y del coordinador de cuidado de salud.
* El equipo para el cuidado de salud y el coordinador de cuidado de salud trabajarán con usted para preparar un ICP, diseñado específicamente para atender sus necesidades de salud. Le ayudarán a obtener los servicios adecuados y organizar su cuidado. El equipo para el cuidado de salud se encargará de administrar 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 reciban los resultados de sus pruebas médicas.
  + Su equipo para el cuidado de salud le ayudará a coordinar las citas con los médicos y otros proveedores que pueden ayudarle con cualquier adaptación por alguna discapacidad que necesite.

# Área de servicio de <plan name>

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

Use county name only if approved for entire county, for example: Nuestra área de servicio incluye los siguientes condados en <State>: <counties>.

For an approved partial county, use county name plus approved ZIP code(s), for example: Nuestra área de servicio incluye las zonas del condado de <county> con los siguientes códigos postales: <ZIP code(s)>.

If needed, plans may insert a table with more than one row or a short, bulleted list to describe and illustrate their service area in a way that is easy to understand.]

Solo las personas que viven en nuestra área de servicio pueden tener <plan name>.

**Si usted se muda a un lugar fuera de nuestra área de servicio**, no podrá continuar en este plan. 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 cumple con todos los requisitos:

* 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 la Parte A y la Parte B de Medicare y cumple los requisitos para la Parte D; **y**
* cumple los requisitos para MassHealth Standard o MassHealth CommonHealth y [insert language as appropriate under terms of state contract]; **y**
* es ciudadano de los Estados Unidos o está legalmente en los Estados Unidos; **y**
* no está inscrito en un programa de exención de Servicios con base en el hogar y la comunidad (HCBS) de MassHealth; **y**
* no tiene otro seguro de salud.

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

Si <plan name> es un plan nuevo para usted, puede continuar acudiendo a sus médicos y seguir obteniendo sus servicios actuales durante 90 días o hasta que se completen su evaluación integral y su Plan de Cuidados Individualizado (ICP). Esto se denomina “período de continuidad del cuidado”. Si usted está tomando algún medicamento de receta de la Parte D de Medicare cuando se inscribe a nuestro plan, podrá obtener un suministro temporal. Le ayudaremos a hacer la transición a otro medicamento si es necesario.

En los primeros 90 días de su inscripción en el plan, recibirá una evaluación completa en persona. Después de la evaluación, usted y su equipo para el cuidado de salud trabajarán juntos para desarrollar su ICP.

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

Después de los primeros 90 días, deberá acudir a médicos y otros proveedores de la red de <plan name>. 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 de proveedores de la red.

# Su plan de cuidado individualizado (ICP)

Después de recibir su evaluación completa, 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 ICP.

En el ICP se detallan los servicios que recibirá y cómo los recibirá. Se incluyen los servicios que necesita para el cuidado de su salud física y del comportamiento, y los servicios y respaldos a largo plazo. Los proveedores que consulte y los medicamentos que toma se incluirán en su ICP. Podrá enumerar sus objetivos de salud, vida independiente y recuperación, así como otras inquietudes que tenga y los pasos necesarios para abordarlas.

Su plan One Care trabajará con usted en todo momento y con su familia, amigos y defensores si así lo desea. Usted tendrá una participación central en el proceso de preparación de su ICP.

Cada año, su equipo para el cuidado de salud trabajará con usted para actualizar su ICP si los servicios de salud que usted necesita y desea cambian. Su ICP también se puede actualizar a medida que sus objetivos o necesidades cambien en el transcurso del año.

# La prima mensual del plan <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.

Es posible que los miembros que ingresen a un centro de enfermería tengan que pagar un monto pagado por el paciente para mantener su cobertura de MassHealth. El monto pagado por el paciente es la contribución del miembro al costo del cuidado en el centro. MassHealth le enviará un aviso detallado en caso de que usted deba aportar un monto pagado por el paciente.

# 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 [plans may insert reference, as applicable], o llame 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 <web address> 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 ya debe haber recibido una tarjeta de identificación de miembro de <plan name>, [insert if applicable: información sobre cómo acceder a] un *Directorio de proveedores y farmacias*, [*plans that limit DME brands and manufacturers insert*: una Lista de equipo médico duradero,] y [insert if applicable: información sobre cómo acceder a] la *Lista de medicamentos cubiertos*.

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

Con nuestro plan, usted tendrá una única tarjeta para sus servicios de Medicare y MassHealth, incluidos LTSS y medicamentos de receta. Deberá mostrar esta tarjeta cada vez que reciba servicios o medicamentos. La siguiente tarjeta es un ejemplo 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 al <toll-free number>. Le enviaremos una tarjeta nueva.

Mientras sea miembro de nuestro plan, usted no tendrá que usar su tarjeta de Medicare (roja, blanca y azul) ni su tarjeta de MassHealth para recibir servicios. **Guarde esas tarjetas en un lugar seguro, ya que las 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 saber qué hacer si recibe una factura de un proveedor.

## J2. *Directorio de proveedores y farmacias*

El *Directorio de proveedores y farmacias* incluye una lista de los proveedores y farmacias de la red de <plan name>. Mientras usted sea miembro de nuestro plan, deberá usar proveedores de la red para obtener los servicios cubiertos.

Puede solicitar un *Directorio de proveedores y farmacias* (en formato digital o impreso) llamando a Servicios al miembro al <phone number>. Las solicitudes del *Directorio de proveedores y farmacias* en formato impreso serán enviadas por correo postal dentro de los tres días hábiles. También puede consultar el *Directorio de proveedores y farmacias* en <web address> o descargarlo desde este sitio web. [Plans may modify language if the Provider and Pharmacy Directory will be sent annually.]

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

Definición de proveedores de la red

* [Plans should modify this paragraph to include all services covered by the state, including long-term supports and services, dental services, and behavioral health diversionary services.] Son proveedores de la red de <plan name>:
  + los médicos, el personal de enfermería, dentistas 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 (DME) y otros proveedores de los bienes y servicios que usted obtiene a través de Medicare o MassHealth.

Los proveedores de la red han acordado aceptar pagos de nuestro plan [plans with cost sharing, insert: y costo compartido] por los servicios cubiertos como pago total. Usted no tendrá que pagar nada más por los servicios cubiertos.

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.

Deberá surtir sus medicamentos de receta en las farmacias de nuestra red si desea que nuestro plan le ayude a pagarlos.

Llame a Servicios al miembro al <toll-free number> para obtener más información o para obtener una copia del *Directorio de proveedores y farmacias*.

[Plans that limit DME brands and manufacturers insert the following section (for more information about this requirement, refer to the Medicare Managed Care Manual, Chapter 4, Section 10.12.1 et seq.):

Lista de equipo médico duradero (DME)

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 DME que cubrimos. Asimismo, en nuestro sitio web <website address>, 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 los DME].

## J3. *Lista de medicamentos cubiertos*

El plan incluye una *Lista de medicamentos cubiertos o Formulario,* 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. Para obtener la información más actualizada sobre los medicamentos cubiertos, visite <web address> o llame al <toll-free number>.

## J4. *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* (o EOB).

En la EOB se indica la cantidad total que usted u otras personas en su nombre han gastado en medicamentos de receta de la Parte D y la cantidad total que nosotros hemos pagado por cada uno de sus medicamentos de receta de la Parte D durante el mes. 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. Puede hablar 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.

# 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.

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

Infórmenos si alguna de estas situaciones se aplica a usted:

* cambios en su nombre, su dirección o su número de teléfono
* recibe cobertura de otro seguro de salud, por ejemplo, de su empleador, del empleador de su cónyuge o el empleador de su pareja de hecho, o indemnización por accidente laboral
* cualquier reclamación de responsabilidad, como una demanda por un accidente automovilístico
* ingreso en un centro de enfermería 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 cualquier otra persona responsable de usted)

si participa o va a participar en un estudio de investigación clínica (NOTA: No está obligado a informar a su plan sobre los estudios de investigación clínica en los que tiene intención de participar, pero le pedimos que lo haga).

Si hay algún cambio en sus datos, informe a Servicios al miembro al <toll-free number>.

[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].