<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.*]
* [Where the template uses “medical care,” “medical services,” or “health care services,” to explain services provided, plans may revise and/or add references to long-term services and supports and/or home and community-based services as applicable.]
* [Where the template instructs inclusion of a phone number, plans must ensure it is a toll-free number and include a TTY number and days and hours of operation.]
* [*Except in disclaimers, plans should reference Member Services’ contact information at the bottom of the page instead of repeating phone numbers and days and hours of operation throughout materials.*]
* [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.*]

<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*

Este manual le informa sobre la cobertura de su seguro de salud con <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 la ayuda que usted necesita, ya sea que reciba servicios en su hogar o en un hogar para personas de la tercera edad. 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.**

El plan <plan name> 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, days and hours of operation]. La llamada es gratuita. [This disclaimer must be included in Spanish and all non-English languages that meet the Medicare and/or state thresholds for translation.]

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

[*Plans also must simply describe:*

* + *how they will request a member’s preferred language other than English and/or alternate format,*
  + *how they will keep the member’s information as a standing request for future mailings and communications so the member does not need to make a separate request each time,* ***and***
  + *how a member can change a standing request for preferred language and/or format.*]

[Plans must include an overall Table of Contents for the Member Handbook after the Member Handbook Introduction and before the Member Handbook Disclaimers.]

Declaraciones requeridas

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

Capítulo 1: Información básica para miembros del plan

Introducción

En este capítulo se incluye información sobre <plan name>, un plan de salud que cubre todos sus servicios de Medicare y Healthy Connections Medicaid, 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.*]

Table of Contents

[A. Bienvenido a <plan name> 7](#_Toc139276249)

[B. Información sobre Medicare y Medicaid 7](#_Toc139276250)

[B1. Medicare 7](#_Toc139276251)

[B2. Medicaid 7](#_Toc139276252)

[C. Las ventajas de este plan 8](#_Toc139276253)

[D. Área de servicio de <plan name> 9](#_Toc139276254)

[E. Requisitos para ser miembro del plan 9](#_Toc139276255)

[F. Qué esperar al inscribirse por primera vez en un plan de salud 10](#_Toc139276256)

[G. Su plan de cuidado 11](#_Toc139276257)

[H. La prima mensual del plan <plan name> 11](#_Toc139276258)

[I. El *Manual del miembro* 11](#_Toc139276259)

[J. Otra información importante que le enviaremos 12](#_Toc139276260)

[J1. Su tarjeta de identificación de miembro de <plan name> 12](#_Toc139276261)

[J2. *Directorio de proveedores y farmacias* 12](#_Toc139276262)

[J3. *Lista de medicamentos cubiertos* 14](#_Toc139276263)

[J4. *Explicación de beneficios* 14](#_Toc139276264)

[K. Cómo mantener actualizado su expediente de miembro 14](#_Toc139276265)

[K1. Privacidad de su información médica personal (PHI) 15](#_Toc139276266)

# Bienvenido a <plan name>

<Plan name> es un plan Medicare-Medicaid del programa Healthy Connections Prime. Un plan Medicare-Medicaid es una organización compuesta por médicos, hospitales, farmacias, proveedores de servicios y respaldos a largo plazo y otros proveedores. También tiene [coordinadores de cuidado de salud/administradores de cuidados (plan’s preference)] y equipos para el cuidado de salud para ayudarle a administrar todos sus proveedores y servicios. Todos ellos trabajan conjuntamente para proporcionarle los cuidados que usted necesite.

<Plan name> fue aprobado por el estado de South Carolina y por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) para ofrecerle servicios como parte de Healthy Connections Prime.

Healthy Connections Prime es un programa piloto administrado por South Carolina y por el gobierno federal para ofrecer un mejor cuidado de salud a quienes tienen Medicare y Medicaid. Con este programa piloto, el estado y el gobierno federal evaluarán maneras de mejorar los servicios de cuidado de salud que usted recibe de Medicare y Medicaid.

[Plan can include language about itself.]

# Información sobre Medicare y Medicaid

## B1. Medicare

Medicare es el programa federal de seguros de salud para:

* personas de 65 años de edad o mayores,
* algunas personas menores de 65 años con ciertas discapacidades; **y**
* personas con enfermedad renal en fase terminal (insuficiencia renal).

## B2. Medicaid

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

Cada estado decide:

* qué cuenta como ingreso y recursos,
* quién es elegible,
* qué servicios están cubiertos, **y**
* el costo de esos servicios.

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

Medicare y South Carolina deben aprobar <plan name> cada año. Usted puede obtener servicios de Medicare y Healthy Connections Medicaid por medio de nuestro plan, siempre y cuando:

* nosotros ofrezcamos el plan; **y**
* Medicare y el estado de South Carolina aprueben el plan.

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

# Las ventajas de este plan

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

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

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

# Área de servicio de <plan name>

[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);
* es mayor de 65 años en el momento de la inscripción;
* tiene las Partes A, B y D de Medicare;
* cumple los requisitos para recibir todos los beneficios de Healthy Connections Medicaid;
* es ciudadano de los Estados Unidos o está legalmente en los Estados Unidos.

Aunque cumpla los criterios anteriores, no podrá inscribirse en nuestro plan si:

* es parte del grupo que dispone de deducibles de Healthy Connections Medicaid;
* tiene un seguro integral de terceros;
* vive en un centro de cuidados intermedios para personas con discapacidades intelectuales (ICF/IID) o en un centro de enfermería en el momento de la determinación de la elegibilidad;
* participa en un programa de hospicio o recibe servicios por una enfermedad renal en etapa terminal (ESRD) en el momento de la determinación de la elegibilidad;
* participa en un programa de exención de cuidado a largo plazo en la comunidad que no sean el programa de exención Community Choices, el programa de exención para pacientes con VIH/sida ni el programa de exención para pacientes que necesitan ventilación mecánica.

Puede optar por **inscribirse** **o permanecer en <plan name>** si:

* está inscrito actualmente en un plan Medicare Advantage o en un Programa de cobertura total de salud para ancianos (PACE). Si se inscribe en Healthy Connections Prime, se cancelará automáticamente su inscripción en su programa actual y en cualquier plan de la Parte D de Medicare;
* realiza una transición de un centro de enfermería o ICF/IID a la comunidad;
* ya está inscrito en este plan, pero luego ingresa a un centro de enfermería;
* está inscrito en este plan, pero comienza a participar en un programa de hospicio o a cumplir los requisitos para recibir servicios por ESRD.

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

Al inscribirse por primera vez en el plan, se le hará un examen inicial de salud dentro de los primeros 30 días para obtener información sobre sus necesidades y su historia clínica y social.

También recibirá una evaluación completa dentro de los primeros 60 o 90 días, según sus necesidades de salud. La evaluación completa permitirá conocer con mayor detalle sus necesidades médicas, necesidades sociales y capacidades. Obtendremos información de usted, de sus proveedores y de sus familiares/cuidadores cuando sea apropiado. Esta evaluación estará a cargo de profesionales de la salud calificados y capacitados, como enfermeros, asistentes sociales y [coordinadores de cuidado de salud/administradores de cuidados (plan’s preference)].

Podemos combinar su examen inicial de salud y su evaluación completa en una sola evaluación que se realizará dentro de los primeros 60 días. Por lo general, a las personas que están inscritas en determinados programas de exención de Healthy Connections Medicaid [plans may insert other characteristics of high and moderate risk populations] se les hará el examen inicial de salud y la evaluación completa combinados.

Si su evaluación completa indica que usted tiene necesidades de salud muy elevadas, es posible que deba realizar una evaluación de cuidado a largo plazo con una enfermera registrada. La evaluación de cuidado a largo plazo permite determinar si necesita cuidados adicionales en un centro de enfermería o a través de un programa de exención con base en la comunidad.

**Si <plan name> es nuevo para usted,** puede continuar visitando a los médicos que veía hasta ahora durante al menos 180 días después de su inscripción. Durante este período, seguirá teniendo acceso a los mismos suministros, servicios y medicamentos de receta médicamente necesarios a los que tiene acceso actualmente. También seguirá teniendo acceso a sus proveedores médicos, de la salud mental y de servicios y respaldos a largo plazo (LTSS).

Muchos de sus médicos y otros proveedores ya forman parte de nuestra red, pero, si no es así, después de 180 días en nuestro plan, deberá acudir a médicos y otros proveedores de nuestra red. Podemos ayudarle a realizar la transición a un proveedor de la red en menos de 180 días una vez que hayamos realizado su evaluación completa y preparado un plan de transición, solo si usted está de acuerdo. 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.

# Su plan de cuidado

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

Después de recibir su evaluación 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 plan de cuidado.

Cada año, su equipo para el cuidado de salud trabajará con usted para actualizar su plan de cuidado si los servicios de salud que usted necesita y desea cambian.

# La prima mensual del plan <plan name>

<Plan name> no tiene una prima mensual.

# El *Manual del miembro*

Este *Manual del miembro* forma parte de nuestro contrato con usted. Eso significa que debemos seguir todas las reglas que se detallan en este documento. Si cree que hemos hecho algo que vaya en contra de estas reglas, usted podrá apelar o cuestionar nuestras decisiones. Para obtener información sobre cómo presentar una apelación, consulte el Capítulo 9 [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 número que figura en la parte inferior de la página. 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 inser*t: una Lista de equipo médico duradero,] y [insert if applicable: información sobre cómo acceder a] una *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 Healthy Connections Medicaid, incluidos servicios y respaldos a largo plazo y medicamentos de receta. Deberá mostrar esta tarjeta cada vez que reciba servicios o medicamentos. La siguiente tarjeta es una muestra de cómo será la suya:

[Insert picture of front and back of Member ID Card. Mark it as a sample card (for example, by superimposing the word “sample” on the image of the card).]

Si su tarjeta se daña, se pierde o se la roban, llame inmediatamente a Servicios al miembro y le enviaremos una tarjeta nueva.

Mientras sea miembro de nuestro plan, usted no tendrá que usar su tarjeta de Medicare (roja, blanca y azul) ni su tarjeta de Healthy Connections Medicaid para recibir los 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 averiguar 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. Existen algunas excepciones cuando usted se inscribe por primera vez en nuestro plan (consulte la página <page number>).

Puede solicitar un *Directorio de proveedores y farmacias* (en formato digital o impreso)llamando a Servicios al miembro al número que figura en la parte inferior de la página. Las solicitudes del *Directorio de proveedores y farmacias* en formato impreso serán enviadas por correo dentro de los tres días hábiles posteriores al pedido. También puede consultar el *Directorio de proveedores y farmacias* en nuestro sitio web que figura en la parte inferior de la página 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**

* Son proveedores de la red de <plan name>:
* los médicos, el personal de enfermería y otros profesionales de cuidado de la salud que podrá elegir como miembro de nuestro plan;
* las clínicas, hospitales, centros de enfermería y otros establecimientos que proporcionan servicios de salud en nuestro plan;
* las agencias de cuidado de salud en el hogar, proveedores de equipo médico duradero, proveedores de servicios del programa de exención, proveedores de servicios y respaldos a largo plazo y otros proveedores de los bienes y servicios que usted obtiene a través de Medicare o Healthy Connections Medicaid.

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.

**Definición de farmacias de la red**

* Las farmacias de la red son farmacias que han acordado surtir recetas para los miembros de nuestro plan. Busque en el *Directorio de proveedores y farmacias* la farmacia de la red que desee usar.
* Excepto en casos de emergencia, usted deberá surtir sus medicamentos de receta en las farmacias de nuestra red si desea que nuestro plan le ayude a pagarlos.

Llame a Servicios al miembro al número que figura en la parte inferior de la página para obtener más información. Tanto Servicios al miembro como el sitio web de <plan name> pueden proporcionarle la información más actualizada sobre los cambios en nuestra red de farmacias y proveedores.

[*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 equipo médico duradero que cubrimos. Asimismo, encontrará la lista más reciente de marcas, fabricantes y proveedores del plan en nuestro sitio web, que figura en la parte inferior de la página. Consulte los Capítulos 3 y 4, [plans may insert reference, as applicable] para obtener más información sobre el DME].

## J3. *Lista de medicamentos cubiertos*

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

En la Lista de medicamentos se indica también si algún medicamento está sujeto a reglas o restricciones, por ejemplo, de cantidad. En el Capítulo 5 [plans may insert reference, as applicable] encontrará más información sobre estas reglas y restricciones.

Cada año, le enviaremos [*insert if applicable:* información sobre cómo acceder a] la Lista de medicamentos, pero, entretanto, la lista podría sufrir cambios. Para obtener la información más actualizada sobre los medicamentos cubiertos, visite nuestro sitio web consultando la información que figura en la parte inferior de la página o llame a Servicios al miembro al [*plans should insert as appropriate:* número que figura en la parte inferior de la página ***or*** número que figura en la parte inferior de la página y <different toll-free number> ***or*** <different 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* (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.

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

# Cómo mantener actualizado su expediente de miembro

[In the heading and this section, plans should substitute the name used for this file if it is different from “membership record.”]

Usted puede mantener actualizado su expediente de miembro avisándonos oportunamente de cualquier cambio en sus datos.

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 le costarán.** La mayoría de los servicios son gratuitos, pero es muy importante que nos ayude a mantener su información actualizada.

Infórmenos sobre lo siguiente:

* cambios en su nombre, su dirección o su número de teléfono
* cambios de cobertura en cualquier otro tipo de seguro de salud que tenga, por ejemplo de su empleador, del empleador de su cónyuge o el empleador de su pareja de hecho, o indemnización por accidente laboral
* 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 la persona responsable de usted)
* es parte o participará de un estudio de investigación clínica (IMPORTANTE: No está obligado a informar a su plan sobre los estudios de investigación clínica en los que tiene intención de participar, pero le pedimos que lo haga).

Si hay algún cambio en sus datos, informe a Servicios al miembro al número que figura en la parte inferior de la página.

[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].