<Plan name> *Manual del participante*

* [Before use, the plan must upload in HPMS only (1) a standalone ANOC and (2) a standalone EOC (Participant Handbook). The plan should work with its marketing reviewers to withdraw any duplicate material submitted in error. The plan 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 User’s Guide in HPMS. Note thatthe plan must enter AMD information for ANOC mailings only for mailings to current Participants. The plan 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 Participants.]
* [The plan may add a front cover to the Participant Handbook that contains information such as the plan name, Participant Handbook title, and contact information for Participant Services. The plan may add a logo and/or photographs to the front cover as long as these elements do not make it difficult for Participants to read other information on the cover. If the plan adds 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, plan 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, the FIDA-IDD Plan must ensure it is a toll-free number and include a toll-free TTY number, and days and hours of operation.]
* [The plan should refer Participants 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 [plan may insert reference, as applicable] is listed next to each cross reference throughout the handbook.]
* [Wherever possible, the plan is 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 Covered Items and Services Chart in Chapter 4 of the Participant 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.]

**<start date> – <end date>**

**Su cobertura de salud y medicamentos en <plan name>**

[Plan: Revise this language to reflect that the organization is providing both Medicaid and Medicare covered benefits, when applicable.]

[Optional: Insert Participant name.]

[Optional: Insert Participant address.]

Introducción al Manual del participante

En este manual se le brinda información sobre su cobertura en <plan name> (plan de Medicare-Medicaid) desde la fecha en la que se inscribe en <plan name> hasta <end date>. Explica cómo <plan name> cubre los servicios de Medicare y Medicaid, incluida la cobertura de medicamentos de receta, sin ningún costo para usted. Explica los servicios de cuidado de salud, los servicios para discapacidades del desarrollo, los servicios de salud del comportamiento, los medicamentos de receta y los servicios y respaldos a largo plazo (LTSS) cubiertos por <plan name>.

LTSS incluye los cuidado a largo plazo en un centro y los servicios y apoyos con base en la comunidad a largo plazo. Los servicios y respaldos con base en la comunidad 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 participante*.

**Este es un documento legal importante. Guárdelo en un lugar seguro.**

<Plan name> es un plan FIDA-IDD, Fully Integrated Duals Advantage for Individuals with Intellectual and Developmental Disabilities (Organización integral para personas con discapacidades intelectuales y del desarrollo que tengan Medicare y Medicaid) ofrecido por [insert sponsor name]. Cuando en este *Manual del participante* se habla de “nosotros”, “nos” 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 Participant Services toll-free phone and TTY numbers and days and hours of operation]. La llamada es gratuita. [This disclaimer must be included in all non-English languages that meet the Medicare and/or state thresholds for translation.]

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

[*The plan also must simply describe:*

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

[The plan must include an overall Table of Contents for the Participant Handbook after the Participant Handbook Introduction and before the Participant Handbook Disclaimers.]

Declaraciones requeridas

* [The plan must include all applicable disclaimers as required in the State-specific Marketing Guidance.]
* [The plan may insert additional 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.
* El estado de New York ha creado el programa ombudsman para el participante denominado Independent Consumer Advocacy Network (ICAN) para proporcionar asesoramiento gratuito y confidencial sobre los servicios ofrecidos por <plan name>. Puede comunicarse con el programa ICAN de manera gratuita llamando al 1-844-614-8800 (los usuarios de TTY deben llamar al 711 y seguir las instrucciones para marcar 844-614-8800) o ingresando en [icannys.org/get-help/help-spanish](http://icannys.org/get-help/help-spanish).

Capítulo 1: Información básica para participantes del plan

Introducción

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

[The plan 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](#_Toc106612807)

[B. Información sobre Medicare y Medicaid 7](#_Toc106612808)

[B1. Medicare 7](#_Toc106612809)

[B2. Medicaid 7](#_Toc106612810)

[C. Las ventajas de este plan FIDA-IDD 8](#_Toc106612811)

[D. Área de servicio de <plan name> 9](#_Toc106612812)

[E. Requisitos para ser participante del plan 9](#_Toc106612813)

[F. Qué esperar al inscribirse por primera vez en un plan FIDA-IDD 11](#_Toc106612814)

[G. Su Plan de vida 12](#_Toc106612815)

[H. La prima mensual del plan <plan name> 12](#_Toc106612816)

[I. El *Manual del participante* 13](#_Toc106612817)

[J. Otra información importante que le enviaremos 13](#_Toc106612818)

[J1. Su tarjeta de identificación de participante de <plan name> 13](#_Toc106612819)

[J2. *Directorio de proveedores y farmacias* 14](#_Toc106612820)

[J3. *Lista de medicamentos cubiertos* 15](#_Toc106612821)

[J4. *Explicación de beneficios* 15](#_Toc106612822)

[K. Cómo mantener actualizado su expediente de participante 16](#_Toc106612823)

[K1. Privacidad de su información médica personal (PHI) 16](#_Toc106612824)

# Bienvenido a <plan name>

<Plan name> es un plan FIDA-IDD, Fully Integrated Duals Advantage for Individuals with Intellectual and Developmental Disabilities (Organización integral para personas con discapacidades intelectuales y del desarrollo que tengan Medicare y Medicaid). Un plan FIDA-IDD es una organización compuesta por médicos, hospitales, farmacias, proveedores de servicios para discapacidades del desarrollo, proveedores de servicios y respaldos a largo plazo (LTSS) y otros proveedores. También tiene administradores de cuidados y equipos interdisciplinarios (IDT) 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 New York y por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) para ofrecerle servicios como parte del programa piloto FIDA-IDD.

FIDA-IDD es un programa piloto administrado por el estado de New York y el gobierno federal para ofrecer un mejor cuidado de la salud a las personas con discapacidades intelectuales y del desarrollo que 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 de New York que ayuda a las personas de ingresos y recursos limitados a pagar LTSS y gastos médicos. También cubre servicios adicionales y medicamentos que Medicare no cubre. En New York, Medicaid se denomina New York Medicaid.

Cada estado decide:

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

Los estados pueden decidir cómo administrar sus propios programas siempre y cuando lo hagan de conformidad con los reglamentos federales. Los servicios especializados para discapacidades del desarrollo están disponibles para las personas consideradas elegibles para recibir los servicios autorizados por la Oficina para Personas con Discapacidades del Desarrollo (OPWDD).

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

* cumpla los requisitos para participar en el programa piloto FIDA-IDD;
* nosotros ofrezcamos el plan;
* Medicare y el estado de New York aprueben el plan <plan name> para que participe en el programa piloto FIDA-IDD.

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

# Las ventajas de este plan FIDA-IDD

En el programa piloto FIDA-IDD, usted recibirá todos los servicios cubiertos por Medicare y Medicaid a través de <plan name>, incluidos LTSS y medicamentos de receta. **Usted no tendrá que pagar nada para unirse al plan o recibir los servicios del plan**. Sin embargo, si tiene Medicaid con una “responsabilidad económica” o “exceso de ingresos”, deberá seguir pagando su responsabilidad económica al plan FIDA-IDD.

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

* Podrá trabajar con **un** plan de salud para **todas** sus necesidades de seguro de salud.
* Tendrá un equipo interdisciplinario (IDT) creado con su ayuda.
  + Un IDT es un grupo de personas que conocerán sus necesidades y trabajarán con usted para crear e implementar un Plan de vida específico para sus necesidades.
  + Su IDT estará conformado por su administrador de cuidados, sus proveedores primarios de servicios para discapacidades del desarrollo y otros profesionales de la salud, que le ayudarán a obtener el cuidado que necesita.
* Tendrá acceso a un administrador de cuidados. Esta persona trabajará con usted, con <plan name> y con sus proveedores de cuidado para asegurarse de que usted reciba el cuidado que necesita.
* Usted podrá controlar el cuidado de su salud con la ayuda de su IDT y el administrador de cuidados.
* El IDT y el administrador de cuidados trabajarán con usted para preparar un Plan de vida, diseñado específicamente para atender sus necesidades. El IDT se encargará de coordinar los servicios que usted necesita. Por ejemplo:
  + Su IDT le ayudará a obtener los servicios con base en la comunidad que necesita para vivir en la comunidad.
  + Su IDT se asegurará de que sus médicos estén al tanto de todos los medicamentos que usted toma, para poder reducir los efectos secundarios.
  + Su IDT se asegurará de que todos sus médicos y otros proveedores dispongan de los resultados de sus pruebas médicas.
  + Su IDT le ayudará a programar y coordinar las citas con los médicos y otros proveedores.

# 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, the plan 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, [the plan 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 participante del plan

Podrá inscribirse en nuestro plan si:

* Vive en nuestra área de servicio (en el caso de las personas que se encuentran en prisión, no se considerará que residen en el área geográfica de servicio incluso aunque estén físicamente viviendo en dicha área);
* Tiene derecho a la Parte A de Medicare, está inscrito en la Parte B de Medicare y cumple los requisitos para la Parte D de Medicare;
* Cumple los requisitos para Medicaid;
* Es ciudadano de los Estados Unidos o está legalmente en los Estados Unidos;
* Es mayor de 21 años en el momento de la inscripción;
* Cumple los requisitos para recibir servicios de la OPWDD de acuerdo con la Ley de Higiene Mental 1.03(22) del estado de New York;
* Se ha determinado que reúne los requisitos para el nivel de cuidado Intermediate Care Facility for Individuals with Intellectual Disabilities (ICF-IID) (Centro de cuidados intermedios para personas con discapacidades intelectuales);
* Si recibe servicios de excepción como alternativa al ICF-IID, está inscrito en la excepción completa de la OPWDD; **y**
* No se lo excluye de la inscripción sobre la base de alguna de las exclusiones mencionadas a continuación.

No podrá inscribirse en nuestro plan si:

* Es residente de un centro de la Oficina de Salud Mental (OMH) del estado de New York.
* Es residente de un centro de enfermería especializada (SNF)/centro de enfermería (NF). Una vez que una persona con discapacidades intelectuales y del desarrollo se va del SNF/NF, es elegible para el programa piloto FIDA-IDD o Medicaid a través del pago por servicio. Si un participante del FIDA-IDD, después de inscribirse en el programa piloto FIDA-IDD necesita ingresar a un SNF/NF, seguirá participando en el programa piloto FIDA-IDD.
* Es residente de un Centro de Desarrollo. Una vez que una persona con discapacidades intelectuales y del desarrollo se va del Centro de Desarrollo, es elegible para el programa piloto FIDA-IDD o Medicaid a través del pago por servicio. Si un participante del FIDA-IDD, después de inscribirse en el programa piloto FIDA-IDD permanece continuamente en un Centro de Desarrollo durante más de 90 días, su inscripción se cancelará a partir del primer día del próximo mes.
* Es menor de 21 años.
* Es residente de un centro psiquiátrico.
* Se prevé que cumplirá los requisitos para Medicaid durante menos de seis meses.
* Cumple los requisitos para recibir los beneficios de Medicaid solo con respecto a servicios relacionados con tuberculosis.
* Es una persona con un código de “condado de responsabilidad fiscal” 99 (personas que cumplen los requisitos solo para recibir servicios por cáncer de mama o de cuello uterino).
* Recibe servicios de hospicio (en el momento de la inscripción).
* Es una persona con un código de “condado de responsabilidad fiscal” 97 (personas que residen en un centro de la OMH de New York).
* Cumple los requisitos para el programa de ampliación de planificación familiar.
* Tiene menos de 65 años (se le hizo una evaluación y necesita tratamiento) en el programa de detección temprana del cáncer de mama y de cuello uterino de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, necesita tratamiento para el cáncer de mama o de cuello uterino y no tiene otra cobertura de salud acreditable.
* Participa en un programa de tratamiento residencial a largo plazo por abuso de sustancias/alcohol.
* Cumple los requisitos solo para Medicaid de emergencia.
* Está inscrito en una excepción de la sección 1915(c) que no sea la excepción completa de la OPWDD. Las personas inscritas en los siguientes programas de excepción de la sección 1915(c) no cumplen los requisitos para participar en el programa piloto FIDA-IDD:
  + lesiones cerebrales traumáticas (TBI);
  + excepción de transición y traspaso a un hogar para personas de la tercera edad (NHTD);
  + excepción de cuidados de salud en el hogar a largo plazo.
* Participa en un programa de vida asistida (ALP).
* Participa en el programa piloto de cuidados de familia de acogida.

# Qué esperar al inscribirse por primera vez en un plan FIDA-IDD

Al inscribirse por primera vez en el plan, usted recibirá una evaluación completa de sus necesidades dentro de los primeros 30 días. Su administrador de cuidados del plan <plan name> hará la evaluación.

Podrá seguir acudiendo a los mismos médicos que hasta ahora y recibiendo los servicios que recibe ahora durante cierto período. Esto se denomina “período de transición”. En la mayoría de los casos, el período de transición dura 90 días o hasta que su Plan de vida se termine e implemente, lo que ocurra más tarde. Sin embargo, puede optar por comenzar a recibir servicios de acuerdo con su Plan de vida aprobado antes de los 90 días.

A menos que <plan name> o su IDT decidan lo contrario, después del período de transición, deberá acudir a médicos y otros proveedores de la red de <plan name>. Un proveedor de la red es un proveedor que trabaja con <plan name>. Consulte el Capítulo 3 [plan may insert reference, as applicable] para obtener más información sobre cómo recibir cuidado.

Hay dos excepciones al período de transición descrito arriba:

* Si usted está recibiendo servicios de un proveedor de salud del comportamiento en el momento de su inscripción, usted puede seguir recibiendo servicios de ese proveedor hasta que se complete el tratamiento, pero no por más de dos años. Esto se aplica aun si el proveedor no participa en la red de <plan name>.
* Si vive en una residencia certificada por la OPWDD, podrá seguir recibiendo servicios residenciales de su proveedor actual, siempre y cuando su Plan de vida siga describiendo la necesidad de recibir el servicio.

# Su Plan de vida

Después de que el administrador de cuidados del <plan name> realice la evaluación completa, usted se reunirá con los miembros de su IDT para hablar sobre sus necesidades y preparar su Plan de vida. Su Plan de vida es el plan en el que se detallan los servicios de salud, los LTSS, los medicamentos de receta y las necesidades sociales que usted recibirá y cómo las recibirá.

Se le hará una reevaluación integral cuando sea necesario, pero al menos una vez al año después de la fecha de realización de la primera evaluación. Dentro de los 30 días calendario de la reevaluación integral, su IDT trabajará con usted para actualizar su Plan de vida. En cualquier momento durante el año, usted puede solicitar una nueva evaluación o una actualización de su Plan de vida comunicándose con su administrador de cuidados.

# La prima mensual del plan <plan name>

El plan no tiene ninguna prima mensual y no se aplica ningún otro costo por participar en <plan name>. Sin embargo, si tiene Medicaid con una “responsabilidad económica” o “exceso de ingresos”, deberá seguir pagando su responsabilidad económica al plan FIDA-IDD.

# El Manual del participante

Este *Manual del participante* 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 [plan may insert reference, as applicable], llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o comuníquese con Independent Consumer Advocacy Network al 1-844-614-8800 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). También puede presentar una queja sobre la calidad de los servicios que brindamos llamando a Servicios al participante al <phone number>.

Puede solicitar un *Manual del participante* llamando a Servicios al participante al <phone number>. También puede consultar el *Manual del participante* en <web address> o descargarlo desde este sitio web.

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 participante de <plan name>, instrucciones sobre cómo acceder al *Directorio de proveedores y farmacias* en línea o mediante una copia por correo, [if the plan limits DME brands and manufacturers, insert: una Lista de equipo médico duradero], y [insert if applicable: información sobre cómo acceder a] una *Lista de medicamentos cubiertos* (Lista de medicamentos).

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

Con nuestro plan, usted tendrá una única tarjeta para sus servicios de Medicare y Medicaid, 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 Participant 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 participante y le enviaremos una tarjeta nueva.

Mientras sea participante de nuestro plan, usted no tendrá que usar su tarjeta de Medicare (roja, blanca y azul) ni su tarjeta de Medicaid 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 participante del plan <plan name>, el proveedor podría facturarle el servicio a Medicare en lugar de a nuestro plan, y es posible que usted reciba una factura. Consulte el Capítulo 7 [plan 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* es una lista de los proveedores y farmacias de la red de <plan name>. Mientras usted sea participante 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>).

También hay algunas excepciones si no puede encontrar un proveedor en nuestro plan que pueda atender sus necesidades. Deberá hablar de esto con su IDT.

* Puede llamar a Servicios al participante y solicitar que le envíen una copia por correo del *Directorio de proveedores y farmacias* (en formato digital o impreso). Las solicitudes de copia impresa del *Directorio de proveedores y farmacias* serán enviadas por correo postal dentro de los tres días hábiles de realizado el pedido.
* También puede consultar el *Directorio de proveedores y farmacias* en <web address> o descargarlo desde este sitio web.

Tanto Servicios al participante como el sitio web pueden proporcionarle la información más actualizada sobre los cambios en nuestra red de farmacias y proveedores.

**Definición de proveedores de la red**

* [The Plan should modify this paragraph to include all services covered by the state, including LTSS.] Son proveedores de la red de <plan name>:
  + proveedores de servicios especializados para discapacidades del desarrollo;
  + médicos, enfermero, profesionales del cuidado de salud y otros proveedores a los que puede acudir como participante de nuestro plan;
  + las clínicas, hospitales, centros de enfermería y otros establecimientos que proporcionan servicios de salud en nuestro plan; **y**
  + agencias de cuidado de salud en el hogar, proveedores de equipo médico duradero y otros proveedores de los bienes y servicios que usted obtiene a través de Medicare o Medicaid.

Los proveedores de la red han acordado aceptar pagos de nuestro plan por los servicios cubiertos como pago total. Cuando acuda a estos proveedores, no tendrá que pagar nada por los servicios cubiertos.

**Definición de farmacias de la red**

* Las farmacias de la red son farmacias que han acordado surtir recetas para los participantes de nuestro plan. Busque en el *Directorio de proveedores y farmacias* la farmacia de la red que desee usar.
* Excepto en casos de emergencia, usted deberá surtir sus medicamentos de receta en las farmacias de nuestra red si desea que nuestro plan los pague. No se le aplicará ningún costo cuando surta sus medicamentos de receta en las farmacias de la red.

Llame a Servicios al participante al <phone number> para obtener más información. Tanto Servicios al participante como el sitio web de <plan name> pueden proporcionarle la información más actualizada sobre los cambios en nuestra red de farmacias y proveedores.

[If the plan limits 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 participante, le enviamos también la Lista de equipo médico duradero de <plan name>. Esta lista le indica las marcas y fabricantes de equipo médico duradero que cubrimos. Asimismo, en nuestro sitio web <website address>, encontrará la lista más reciente de marcas, fabricantes y proveedores del plan. Consulte el Capítulo 4, [the plan 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. Consulte el Capítulo 5 [plan may insert reference, as applicable] para obtener 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 <web address> o llame al <phone 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 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. Hable con su proveedor acerca de estas opciones de menor costo]. En el Capítulo 6 [*the plan 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 participante para obtener una copia.

[The plan may insert other methods that Participants can get their EOB.]

# Cómo mantener actualizado su expediente de participante

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

Usted puede mantener actualizado su expediente de participante 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 participante para saber qué servicios y medicamentos recibe usted.** Por eso es muy importante que nos ayude a mantener su información actualizada.

Infórmenos sobre lo siguiente:

* cambios en su nombre, su dirección o su número de teléfono
* cambios de cobertura en cualquier otro tipo de seguro de salud que tenga, por ejemplo de su empleador, del empleador de su cónyuge o pareja de hecho, o indemnización por accidente laboral
* cualquier reclamación de responsabilidad, como una demanda por un accidente automovilístico
* ingresos 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 participante al <phone number>.

[If the Plan allows Participants to update this information online, it may describe that option here.]

## K1. Privacidad de su información médica personal (PHI)

Su expediente de participante puede incluir 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 [plan may insert reference, as applicable].