Instructions to Health Plans

* [Plans may add a cover page to the Summary of Benefits. Plans may include the Material ID only on the cover page.]
* [Plans should replace the reference to “Member Services” with the term the plan uses.]
* [Plans should note that any reference to a “Member Handbook” is also a reference to the Evidence of Coverage document.]
* [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.]
* [For the “Limitations, exceptions, & benefit information” column, plans should provide specific information about need for referrals, need for prior authorization (PA), utilization management restrictions for drugs, maximum out of pocket costs on services, permissible OON services, and applicable cost sharing (if different than in-plan cost sharing).]
* [For the “You need help living at home” category of services, indicate if services are only available to members in a waiver program, in which case plans should indicate that State eligibility requirements may apply.]
* [Plans may place a QR code on materials to provide an option for members to go online.]
* [Wherever possible, plans are encouraged to adopt good formatting practices that make information easier for English-speaking and non-English-speaking enrollees to read and understand. The following are based on input from beneficiary interviews:
* Format a section, chart, table, or block of text to fit onto a single page. In instances where plan-customized information causes an item or text to continue on the following page, enter a blank return before right aligning with clear indication that the item continues (for example, similar to the Benefits Chart in Chapter 4 of the Member Handbook, insert: **Esta sección continúa en la página siguiente**).
* Ensure plan-customized text is in plain language and complies with reading level requirements established in the three-way contract.
* Break up large blocks of plan-customized text into short paragraphs or bulleted lists and give a couple of plan-specific examples as applicable.
* Spell out an acronym or abbreviation before its first use in a document or on a page (for example, Long-term services and supports (LTSS) or low income subsidy (LIS)).
* Include the meaning of any plan-specific acronym, abbreviation, or key term with its first use.
* Avoid separating a heading or subheading from the text that follows when paginating the model.
* Use universal symbols or commonly understood pictorials.
* Draft and format plan-customized text and terminology in translated models to be culturally and linguistically appropriate for non-English speakers.
* Consider using regionally appropriate terms or common dialects in translated models.
* Include instructions and navigational aids in translated models in the translated language rather than in English.
* Consider producing translated models in large print.]

Introducción

Este documento es un resumen de los beneficios y servicios cubiertos por <plan name>. Incluye respuestas a preguntas frecuentes, información de contacto importante, un resumen de los beneficios y servicios ofrecidos, e información sobre sus derechos como miembro de <plan name>. Los términos clave y sus definiciones se encuentran en orden alfabético en el último capítulo del Manual del miembro.

[*Plans must update the Table of Contents to this document to accurately reflect where the information is found on each page after plan adds plan-customized information to this template.*]

Tabla de contenidos

[A. Declaraciones requeridas 4](#_Toc140573780)

[B. Preguntas frecuentes 5](#_Toc140573781)

[C. Resumen de servicios 11](#_Toc140573782)

[D. Beneficios cubiertos fuera de <plan name> 32](#_Toc140573783)

[E. Servicios que <plan name>, Medicare y Healthy Connections Medicaid no cubren 33](#_Toc140573784)

[F. Sus derechos como miembro del plan 34](#_Toc140573785)

[G. Cómo presentar una queja o apelar un servicio que negamos 36](#_Toc140573786)

[H. Qué hacer si sospecha de la existencia de fraude 37](#_Toc140573787)

# Declaraciones requeridas

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

* [*Plans must include all applicable disclaimers as required in the State-specific Marketing Guidance*.]
* [As required at 42 CFR § 438.10(d)(2), all disclaimers and taglines that explain the availability of alternate formats using auxiliary aids and services or oral interpretation services and the toll-free telephone number of the entity providing choice counseling services as required by § 438.71(a), must be in a conspicuously visible font.]
* Con <plan name>, usted puede obtener sus servicios de Medicare y de Healthy Connections Medicaid en un solo plan de salud. Un [coordinador de cuidado de salud/administrador de cuidados *(plan’s preference)*] de <plan name> lo ayudará a administrar sus necesidades de cuidado de salud.
* Esta no es una lista completa. La información de beneficios es un resumen breve, no una descripción completa de los beneficios. Para obtener más información, comuníquese con el plan o consulte el *Manual del miembro*.
* ATENCIÓN: Si habla [*insert language of the disclaimer*], hay servicios de asistencia de idioma disponibles para usted sin cargo. Llame al [*insert Member Services toll-free phone and TTY numbers, 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, con 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.*]

# Preguntas frecuentes

En el siguiente cuadro aparecen las preguntas frecuentes. [*Plans should add text in bold at the end of a frequently asked question (FAQ) title if the service continues onto the next page:* **(continúa en la página siguiente)**. *Plans should add text in bold after the FAQ title on the following page:* **<FAQ> (continuación de la página anterior)**. *Plans should also be aware that the flow of FAQ from one page to the next may vary after plan-customized information is added, which may necessitate adding and/or removing these instructions in other FAQ as needed. Additionally, plans should maintain consistency of table formatting, borders, and color scheme throughout after adding plan-customized information*.]

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

| **Preguntas frecuentes (FAQ)** | **Respuestas** |
| --- | --- |
| **¿Qué es un Plan Medicare-Medicaid?** | Un Plan Medicare-Medicaid es un plan de salud que contrata con Medicare y Healthy Connections Medicaid para proveer beneficios de los dos programas a los inscritos. Sirve para personas con Medicare y Healthy Connections Medicaid. Un Plan Medicare-Medicaid es una organización compuesta por médicos, hospitales, farmacias, proveedores de servicios a largo plazo y otros proveedores. También tiene [coordinadores de cuidado de salud/administradores de cuidados *(plan’s preference)*], quienes lo ayudan a administrar todos sus proveedores y servicios. Todos ellos trabajan conjuntamente para proporcionarle los cuidados que usted necesite. |
| **¿Qué es un** [**coordinador de cuidado de salud/administrador de cuidados** *(plan’s preference)*] **de <plan name>?** | Un [coordinador de cuidado de salud/administrador de cuidados *(plan’s preference)*] de <plan name> es la persona principal con la que puede contactar. Esta persona ayuda a administrar todos sus proveedores y servicios y se asegura de que usted obtenga lo que necesite. |
| **¿Qué son los servicios y respaldos a largo plazo?** | Los servicios y respaldos a largo plazo (LTSS) son una variedad de servicios y apoyos que ayudan a las personas a satisfacer sus necesidades diarias de asistencia y a mejorar su calidad de vida. Los LTSS ayudas a las personas que necesitan asistencia para realizar tareas cotidianas, como bañarse, vestirse y preparar la comida. La mayoría de esos servicios se proporcionan en su hogar o en su comunidad, pero se podrían proporcionar en un hogar para personas de la tercera edad u hospital. |
| **¿Recibiré con <plan name> los mismos beneficios de Medicare y Medicaid que recibo ahora?** | Usted obtendrá sus beneficios cubiertos por Medicare y Healthy Connections Medicaid directamente de <plan name>. Usted trabajará con un equipo de proveedores que ayudará a determinar qué servicios son los más adecuados para cubrir sus necesidades. Esto significa que pueden cambiar algunos de los servicios que recibe ahora. Usted recibirá casi todos sus beneficios cubiertos de Medicare y Healthy Connections Medicaid directamente de <plan name>, pero podría recibir algunos beneficios de la misma manera que ahora, fuera del plan. Este plan también ofrece servicios que no suelen estar cubiertos por Medicare o Healthy Connections Medicaid.  Cuando se inscriba en <plan name>, usted y su equipo para el cuidado de salud trabajarán juntos para desarrollar un Plan de cuidados individualizado (ICP) para que puedan atender sus necesidades de salud y respaldo. Durante este tiempo, podrá seguir acudiendo a los proveedores a los que acude ahora durante 180 días. También puede seguir recibiendo los mismos servicios y los que estaban autorizados antes de su inscripción en <plan name>.  Cuando usted se une a nuestro plan, si toma algún medicamento de receta de la Parte D de Medicare que <plan name> no cubra normalmente, usted podrá obtener un suministro temporal. Le ayudaremos a obtener otro medicamento o una excepción para que <plan name> cubra su medicamento, siempre y cuando sea médicamente necesario. |
| **¿Puedo seguir acudiendo a los mismos médicos que hasta ahora?** | En general, sí. Si sus proveedores (incluidos médicos, terapeutas y farmacias) trabajan con <plan name> y tienen contrato con nosotros, usted podrá seguir viéndolos.   * Los proveedores que tienen acuerdos con nosotros se consideran “dentro de la red”. **Usted debe usar a proveedores de la red de <plan name>.** * Si necesita cuidado de urgencia o de emergencia o servicios de diálisis fuera del área de servicio, usted puede usar proveedores fuera del área del plan de <plan name>. [*Plans may insert additional exceptions as appropriate.*]   Para saber si sus médicos están dentro de la red del plan, llame a Servicios al miembro o consulte el *Directorio de proveedores y farmacias* de <plan name> en el sitio web del plan en <web address>.  Si <plan name> es nuevo para usted, usted puede continuar acudiendo a los médicos a los que acude ahora durante 180 días después de su inscripción, incluso si están fuera de la red. Si tiene que seguir acudiendo a sus proveedores fuera de la red después de sus primeros 180 días en nuestro plan, cubriremos esos cuidados solamente si el proveedor firma un acuerdo con nosotros para un solo caso. Si usted recibe tratamiento continuo de un proveedor fuera de la red y cree que este tendría que firmar un acuerdo para un solo caso para que lo pueda seguir tratando, comuníquese con [*plans must enter name of department or entity*] al <phone number>. |
| **¿Qué sucederá si necesito algún servicio pero ningún proveedor de la red de <plan name> puede proporcionárselo?** | La mayoría de los servicios serán prestados por proveedores de nuestra red. Si necesita algún servicio que no pueda ser proporcionado dentro de la red, <plan name> pagará el costo de un proveedor fuera de la red. |
| **¿Dónde está disponible <plan name>?** | El área de servicio de este plan incluye [*Plans should enter* condado ***or*** condados*; if plan is statewide, plan can enter* todos los condados de] South Carolina. Usted debe vivir en [*plans should enter* esta área ***or*** una de estas áreas] para unirse al plan. |
| **¿Usted paga una cantidad mensual (también llamada prima) con <plan name>?** | Usted no pagará ninguna prima mensual a <plan name> por su cobertura de salud. |
| **¿Qué es una autorización previa (PA)?** | PA significa que usted debe obtener aprobación de <plan name> antes de que pueda recibir un servicio, artículo o medicamento específicos o para acudir a un proveedor fuera de la red. <Plan name> podría no cubrir el servicio o medicamento si usted no obtiene autorización. Si necesita cuidado de urgencia o de emergencia o servicios de diálisis fuera del área de servicio, no necesita obtener primero la aprobación.  Consulte el Capítulo 3, [*plans may insert reference, as applicable*] del *Manual del miembro* para aprender más sobre la PA. Para obtener más información sobre qué servicios requieren una PA, consulte la Tabla de beneficios en la Sección D del Capítulo 4 del *Manual del miembro*. |
| **¿Qué es un referido?**  [If a plan does not require referrals for any of its services, the plan may delete this question.] | Un referido significa que su proveedor de cuidado primario (PCP) debe darle su aprobación antes de que usted pueda acudir a alguien que no sea su PCP u otros proveedores en la red del plan. Si usted no obtiene la aprobación, <plan name> podría no cubrir los servicios, y se le puede facturar a usted por estos servicios. Usted no necesita un referido para acudir a algunos especialistas, por ejemplo, los especialistas en salud de la mujer.  Para obtener más información sobre cuándo necesitará un referido de su PCP, consulte el Capítulo 3 [*plans may insert reference, as applicable*] del *Manual del miembro*. |
| **¿Debo pagar algún deducible?** | Con el <plan name>, no debe pagar ningún deducible. |
| **¿Qué es Ayuda adicional?**  [If a plan is electing to reduce Part D copays to $0, the plan may delete this question.] | Ayuda adicional es un programa de Medicare que ayuda a personas de ingresos y recursos limitados a reducir sus gastos en medicamentos de receta del programa de la Parte D de Medicare, como primas, deducibles y copagos. Ayuda adicional también se llama “Subsidio por bajos ingresos” o “LIS”.  Sus copagos de medicamentos de receta con <plan name> ya incluyen la cantidad de Ayuda adicional para la que usted cumple con los requisitos. Para obtener más información sobre esta Ayuda adicional, comuníquese con su Oficina del Seguro Social o llame al Seguro Social al 1-800-772-1213. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-800-325-0778. [Plan may substitute TTY number with or add contact information for Video Relay or other accessible technology.] |
| **¿Tengo algún período sin cobertura para medicamentos?** | No. Con Medicaid, la cobertura de medicamentos es inmediata. |
| **¿Con quién debo comunicarme si tengo alguna pregunta o necesito ayuda? (continúa en la página siguiente)** | **Si tiene alguna pregunta general o sobre nuestro plan, servicios, área de servicio, cobros o tarjetas de identificación de miembro, llame a Servicios al miembro de <plan name> al número que aparece al final de la página.**  Servicios al miembro también tiene servicios gratuitos de intérprete de idiomas para las personas que no hablan inglés. |
| **¿Con quién debo comunicarme si tengo alguna pregunta o necesito ayuda? (continuación de la página anterior)** [*Plans may modify the call-lines as appropriate.*] | **Si tiene preguntas sobre su salud, llame a la Línea de consejería de enfermeras:**   |  |  | | --- | --- | | **POR TELÉFONO** | <Phone Number>  Las llamadas a este número son gratuitas. <Days and hours of operation.> [*Include information on the use of alternative technologies*.] | | **POR TTY** | <TTY phone number>  [*Insert if the plan uses a direct TTY number:* Este número es para personas con problemas de audición o del habla. Para poder llamar, usted debe tener un equipo telefónico especial.]  Las llamadas a este número [*Insert if applicable:* no] son gratuitas. <Days and hours of operation.> |   [*Insert if applicable:* **Si necesita servicios inmediatos de salud del comportamiento, llame a la Línea de crisis de salud del comportamiento:**   |  |  | | --- | --- | | **POR TELÉFONO** | <Phone Number>  Las llamadas a este número son gratuitas. <Days and hours of operation.> [*Include information on the use of alternative technologies*.] | | **POR TTY** | <TTY phone number>  [*Insert if the plan uses a direct TTY number:* Este número es para personas con problemas de audición o del habla. Para poder llamar, usted debe tener un equipo telefónico especial.]  Las llamadas a este número [*Insert if applicable:* no] son gratuitas. <Days and hours of operation.>] | |

# Resumen de servicios

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

| **Necesidad o problema de salud** | **Servicios que posiblemente necesite** [*This category includes examples of services that members may need. The health plan should add or delete any services based on the services covered by the State.*] | **Sus costos por proveedores dentro de la red** [*Plans should insert cost sharing where applicable.*] | **Limitaciones, excepciones e información de beneficios (reglas de los beneficios)** [*Plans should provide specific information about: need for referrals, need for PA, utilization management restrictions for drugs, maximum out of pocket costs on services, and permissible OON services and applicable cost sharing (if different than in-network cost sharing).*] |
| --- | --- | --- | --- |
| **Usted quiere un médico** | Consultas para atender una lesión o enfermedad | $0 |  |
| Consultas de rutina, como un examen médico | $0 |  |
| Cuidados de especialista | $0 |  |
| Cuidados para evitar que se enferme, como vacunas contra la gripe | $0 |  |
| Visita preventiva de “Bienvenida a Medicare” (una única vez) | $0 |  |
| **Usted necesita análisis médicos** | Análisis de laboratorio, como análisis de sangre | $0 |  |
| Radiografías u otras imágenes, como tomografías axiales computarizadas (TAC) | $0 |  |
| Exámenes exploratorios, como pruebas para detectar el cáncer | $0 |  |
| **Necesita medicamentos para atender su enfermedad o padecimiento (este servicio continúa en la página siguiente)** | Medicamentos genéricos (no de marca) | [*Plans should insert a single amount or**all applicable copay amounts for a tier with LIS copay amounts*] para un suministro de [*must be at least 30-day*] días.  [Plans may delete the following statement if they charge $0 for all generic drugs.] Los copagos de medicamentos de receta podrían variar de acuerdo con el nivel de Ayuda adicional que usted reciba. Comuníquese con el plan para conocer más detalles. | Posiblemente haya limitaciones en cuanto a los tipos de medicamentos cubiertos. Para obtener más información, consulte la *Lista de medicamentos cubiertos* (Lista de medicamentos) de <plan name>.  [Plans may delete the following statement if they only have one coverage stage.] Cuando usted, o terceros en su nombre, hayan pagado <insert TrOOP amount>, habrá alcanzado la etapa de cobertura catastrófica y pagará $0 por sus medicamentos de Medicare. Consulte el *Manual del miembro* para obtener más información sobre esta etapa. |
| **Necesita medicamentos para atender su enfermedad o padecimiento (este servicio continúa en la página siguiente)** | Medicamentos genéricos (no de marca) |  | **Mensaje importante sobre lo que paga por las vacunas:** algunas vacunas están cubiertas dentro de los beneficios y otras se consideran medicamentos de la Parte D. Estas vacunas están detalladas en *la Lista de medicamentos cubiertos* (*Formulario*)*.* Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D, sin costo alguno para usted.  [*Plans must indicate if extended-day supplies are available at retail and/or mail order pharmacy locations and make clear that the cost sharing amount for these extended-day supplies is the same as for a one-month supply.*] |
| **Necesita medicamentos para atender su enfermedad o padecimiento (continuación)** | Medicamentos de marca | [*Plans should insert a single amount or all applicable copay amounts for a tier with LIS copay amounts*] para un suministro de [*must be at least 30-day*] días.  [Plans may delete the following statement if they charge $0 for all brand name drugs.] Los copagos de medicamentos de receta podrían variar de acuerdo con el nivel de Ayuda adicional que usted reciba. Comuníquese con el plan para conocer más detalles. | Posiblemente haya limitaciones en cuanto a los tipos de medicamentos cubiertos. Para obtener más información, consulte la *Lista de medicamentos cubiertos* (Lista de medicamentos) de <plan name>.  [*Plans must indicate if extended-day supplies are available at retail and/or mail order pharmacy locations and make clear that the cost sharing amount for these extended-day supplies is the same as for a one-month supply.*] |
| **Necesita medicamentos para atender su enfermedad o padecimiento (continuación)** | Medicamentos de venta sin receta médica | [*Plans should insert a single amount, multiple amounts, or minimum/maximum range.*] | Posiblemente haya limitaciones en cuanto a los tipos de medicamentos cubiertos. Para obtener más información, consulte la *Lista de medicamentos cubiertos* (Lista de medicamentos) de <plan name>. |
| Medicamentos de receta de la Parte B de Medicare | $0 | Los medicamentos de la Parte B incluyen medicamentos administrados por su médico en su consultorio, algunos medicamentos orales para el cáncer y algunos medicamentos usados con cierto equipo médico. Para obtener más información sobre estos medicamentos, consulte el *Manual del miembro*. |
| **Usted necesita tratamiento después de una embolia o accidente** | Fisioterapia, terapia ocupacional o del lenguaje | $0 |  |
| Servicios quiroprácticos (solo para la manipulación manual de ciertas afecciones aprobadas) | $0 |  |
| **Usted necesita cuidado de emergencia** | Servicios de sala de emergencias | $0 | [*Plans must state that emergency room services must be provided OON and without PA requirements.*] |
| Servicios de ambulancia | $0 |  |
| Cuidado de urgencia | $0 | [*Plans must state that urgent care services must be provided OON and without PA requirements.*] |
| **Usted necesita cuidados hospitalarios** | Estadías en el hospital | $0 |  |
| Cuidados del médico o cirujano | $0 |  |
| **Usted necesita ayuda para mejorar o tiene necesidades médicas especiales (este servicio continúa en la página siguiente)** | Servicios de rehabilitación | $0 |  |
| Equipo médico para cuidados de salud en el hogar | $0 |  |
| **Usted necesita ayuda para mejorar o tiene necesidades médicas especiales (continuación)** | Cuidado de enfermería especializada | $0 | Las estancias cubiertas por Medicare (por ejemplo, rehabilitación) requieren una PA, mientras que las estancias cubiertas por Healthy Connections Medicaid (por ejemplo, estancias en un centro de enfermería especializada de larga duración) solo requieren un referido. |
| **Usted necesita cuidados de la vista** | Tratamiento de lesiones o enfermedades oculares | $0 |  |
| Sustitución inicial de lentes debido a una cirugía de cataratas | $0 |  |
| **Usted necesita atención dental** | Procedimientos médicos de emergencia realizados por cirujanos orales | $0 |  |
| Procedimientos dentales relacionados con trasplantes de órganos, cáncer, sustitución de articulaciones, sustitución de válvulas cardíacas y traumatismos | $0 |  |
| **Usted necesita cuidados de los pies** | Servicios de podiatría | $0 |  |
| **Usted necesita servicios para el oído o auditivos** | Exámenes del oído | $0 |  |
| **Usted tiene una enfermedad crónica, como diabetes o enfermedad del corazón** | Servicios para ayudarle a controlar su enfermedad | $0 |  |
| Suministros y servicios para la diabetes | $0 |  |
| Servicios de rehabilitación cardíaca y pulmonar | $0 |  |
| **Usted tiene alguna enfermedad de salud mental (este servicio continúa en la página siguiente)** | Servicios de salud mental o del comportamiento | $0 |  |
| **Usted tiene alguna enfermedad de salud mental (continuación)** | Hospitalización parcial | $0 | [Network plans that do not have an in-network community mental health center may add: **Nota:** Como no hay centros de salud mental comunitarios en nuestra red, cubrimos la hospitalización parcial solo como un servicio de hospital para pacientes ambulatorios.] |
| **Usted tiene un problema de abuso en el consumo de sustancias** | Servicios por abuso de sustancias | $0 |  |
| **Usted necesita servicios de salud mental a largo plazo** | Cuidados como paciente hospitalizado para personas que necesitan cuidados de salud mental | $0 |  |
| **Usted necesita equipo médico duradero (DME) (este servicio continúa en la página siguiente)** | Sillas de ruedas | [List Medicare and Healthy Connections Medicaid-related copays, if any, for each DME item listed in this section according to your plan benefit package, not to exceed the allowed maximum of $3.40 – for example, “$0 or $3.40”] | [If copay amounts are different for Medicare and Medicaid-covered DME items, explain to which items any different copay amounts in this category would apply. For example, “The copay is $0 for <name of item> covered by Medicare. The copay is <amount, not to exceed $3.40> for <name of item> covered only by Healthy Connections Medicaid.”]  [Additionally, if applicable, plans can add: Los bastones blancos para ciegos no están cubiertos]  [*Plans can choose to explain the rental/ownership policy:* **Nota:** Nuestro plan alquilará la mayoría de los artículos de DME para usted durante un máximo de 10 meses. [*Insert as applicable:* En algunas circunstancias, pueden ser 13 meses.] Al final del período de alquiler, nuestro plan le transferirá a usted la propiedad del artículo de DME, y este se considerará comprado. Para obtener más información, consulte el Capítulo 3 del *Manual del miembro*.] |
| **Usted necesita equipo médico duradero (continuación)** | Muletas | [List Medicare and Healthy Connections Medicaid-related copays, if any, for each DME item listed in this section according to your plan benefit package, not to exceed the allowed maximum of $3.40 – for example, “$0 or $3.40”] | [If copay amounts are different for Medicare and Medicaid-covered DME items, explain to which items any different copay amounts in this category would apply. For example, “The copay is $0 for <name of item> covered by Medicare. The copay is <amount, not to exceed $3.40> for <name of item> covered only by Healthy Connections Medicaid.”]  [Additionally, if applicable, plans can add: Los bastones blancos para ciegos no están cubiertos]  [*Plans can choose to explain the rental/ownership policy:* **Nota:** Nuestro plan alquilará la mayoría de los artículos de DME para usted durante un máximo de 10 meses. [*Insert as applicable:* En algunas circunstancias, pueden ser 13 meses.] Al final del período de alquiler, nuestro plan le transferirá a usted la propiedad del artículo de DME, y este se considerará comprado. Para obtener más información, consulte el Capítulo 3 del *Manual del miembro*.] |
| **Usted necesita equipo médico duradero (continuación)** | Bombas para infusión intravenosa (IV) | [List Medicare and Healthy Connections Medicaid-related copays, if any, for each DME item listed in this section according to your plan benefit package, not to exceed the allowed maximum of $3.40 – for example, “$0 or $3.40”] | [If copay amounts are different for Medicare and Medicaid-covered DME items, explain to which items any different copay amounts in this category would apply. For example, “The copay is $0 for <name of item> covered by Medicare. The copay is <amount, not to exceed $3.40> for <name of item> covered only by Healthy Connections Medicaid.”]  [Additionally, if applicable, plans can add: Los bastones blancos para ciegos no están cubiertos]  [*Plans can choose to explain the rental/ownership policy:* **Nota:** Nuestro plan alquilará la mayoría de los artículos de DME para usted durante un máximo de 10 meses. [*Insert as applicable:* En algunas circunstancias, pueden ser 13 meses.] Al final del período de alquiler, nuestro plan le transferirá a usted la propiedad del artículo de DME, y este se considerará comprado. Para obtener más información, consulte el Capítulo 3 del *Manual del miembro*.] |
| **Usted necesita equipo médico duradero (continuación)** | Equipos y suministros de oxígeno | [List Medicare and Healthy Connections Medicaid-related copays, if any, for each DME item listed in this section according to your plan benefit package, not to exceed the allowed maximum of $3.40 – for example, “$0 or $3.40”] | [If copay amounts are different for Medicare and Medicaid-covered DME items, explain to which items any different copay amounts in this category would apply. For example, “The copay is $0 for <name of item> covered by Medicare. The copay is <amount, not to exceed $3.40> for <name of item> covered only by Healthy Connections Medicaid.”]  [Additionally, if applicable, plans can add: Los bastones blancos para ciegos no están cubiertos]  [*Plans can choose to explain the rental/ownership policy:* **Nota:** Nuestro plan alquilará la mayoría de los artículos de DME para usted durante un máximo de 10 meses. [*Insert as applicable:* En algunas circunstancias, pueden ser 13 meses.] Al final del período de alquiler, nuestro plan le transferirá a usted la propiedad del artículo de DME, y este se considerará comprado. Para obtener más información, consulte el Capítulo 3 del *Manual del miembro*.] |
| **Usted necesita equipo médico duradero (continuación)** | Nebulizadores | [List Medicare and Healthy Connections Medicaid-related copays, if any, for each DME item listed in this section according to your plan benefit package, not to exceed the allowed maximum of $3.40 – for example, “$0 or $3.40”] | [If copay amounts are different for Medicare and Medicaid-covered DME items, explain to which items any different copay amounts in this category would apply. For example, “The copay is $0 for <name of item> covered by Medicare. The copay is <amount, not to exceed $3.40> for <name of item> covered only by Healthy Connections Medicaid.”]  [Additionally, if applicable, plans can add: Los bastones blancos para ciegos no están cubiertos]  [*Plans can choose to explain the rental/ownership policy:* **Nota:** Nuestro plan alquilará la mayoría de los artículos de DME para usted durante un máximo de 10 meses. [*Insert as applicable:* En algunas circunstancias, pueden ser 13 meses.] Al final del período de alquiler, nuestro plan le transferirá a usted la propiedad del artículo de DME, y este se considerará comprado. Para obtener más información, consulte el Capítulo 3 del *Manual del miembro*.] |
| **Usted necesita equipo médico duradero (continuación)** | Andadores | [List Medicare and Healthy Connections Medicaid-related copays, if any, for each DME item listed in this section according to your plan benefit package, not to exceed the allowed maximum of $3.40 – for example, “$0 or $3.40”] | [If copay amounts are different for Medicare and Medicaid-covered DME items, explain to which items any different copay amounts in this category would apply. For example, “The copay is $0 for <name of item> covered by Medicare. The copay is <amount, not to exceed $3.40> for <name of item> covered only by Healthy Connections Medicaid.”]  [Additionally, if applicable, plans can add: Los bastones blancos para ciegos no están cubiertos]  [*Plans can choose to explain the rental/ownership policy:* **Nota:** Nuestro plan alquilará la mayoría de los artículos de DME para usted durante un máximo de 10 meses. [*Insert as applicable:* En algunas circunstancias, pueden ser 13 meses.] Al final del período de alquiler, nuestro plan le transferirá a usted la propiedad del artículo de DME, y este se considerará comprado. Para obtener más información, consulte el Capítulo 3 del *Manual del miembro*.] |
| **Usted necesita servicios prostéticos** | Dispositivos prostéticos | [List Medicare and Healthy Connections Medicaid-related copays, if any, according to your plan benefit package, not to exceed the allowed maximum of $3.40 – for example, “$0 or $3.40”] | [If copay amounts are different for Medicare and Medicaid-covered items, explain for what any different copay amounts in this category would apply. For example, “The copay is $0 for prosthetic devices covered by Medicare. The copay is <amount, not to exceed $3.40> for prosthetic devices covered only by Healthy Connections Medicaid.”] |
| **Usted necesita ayuda para vivir en su hogar (este servicio continúa en la página siguiente)** | Alimentos llevados a su casa | $0 | [*For all LTSS, insert the following if services are only available to members on a waiver:* Este servicio se presta únicamente a los miembros inscritos en la exención de Community Choices, para personas con VIH/SIDA o para personas dependientes de un respirador mecánico.] |
| Servicios de tareas del hogar, como limpieza o tareas domésticas | $0 | [*For all LTSS, insert the following if services are only available to members on a waiver:* Estos servicios se prestan únicamente a los miembros inscritos en la exención de Community Choices, para personas con VIH/SIDA o para personas dependientes de un respirador mecánico.] |
| **Usted necesita ayuda para vivir en su hogar (continuación)** | Cambios a su casa, como rampas y acceso para silla de ruedas | $0 | [*For all LTSS, insert the following if services are only available to members on a waiver:* Estos servicios se prestan únicamente a los miembros inscritos en la exención de Community Choices, para personas con VIH/SIDA o para personas dependientes de un respirador mecánico.] |
| Servicios de cuidado personal  (Posiblemente pueda elegir su propio asistente. Llame a Servicios al miembro para pedir más información.) | $0 | [*For all LTSS, insert the following if services are only available to members on a waiver:* Este servicio se presta únicamente a los miembros inscritos en la exención de Community Choices, para personas con VIH/SIDA o para personas dependientes de un respirador mecánico.] |
| Servicios de cuidados de salud en el hogar | [$0 o $3.30] | [If plan charges a $3.30 copay, insert: Los servicios de cuidado de salud en el hogar cubiertos por Medicare tienen un copago de $0. Los servicios de cuidado de salud en el hogar cubiertos por Healthy Connections Medicaid tienen un copago de $3.30.] |
| **Usted necesita ayuda para vivir en su hogar (continuación)** | Servicios para ayudarle a vivir por su cuenta | [$0 o $3.30] | [If plan charges a $3.30 copay, insert: Los servicios de cuidado de salud en el hogar cubiertos por Medicare tienen un copago de $0. Los servicios de cuidado de salud en el hogar cubiertos por Healthy Connections Medicaid tienen un copago de $3.30.] |
| Servicios de día para adultos u otros servicios de respaldo | $0 |  |
| **Usted necesita un lugar dónde vivir con personas disponibles para ayudarle** | Cuidados en hogares para personas de la tercera edad | $0 o un monto en función de los ingresos | Debe contribuir al costo de este servicio cuando sus ingresos superan el monto del descuento. Esta contribución, conocida como el monto que paga el paciente, solo se exige a quienes viven en un hogar para personas de la tercera edad. No tendrá que pagar para una rehabilitación de corta duración si está en un hogar para personas de la tercera edad. |
| **La persona que le cuida necesita una pausa** | Cuidados de respiro | $0 | Los cuidados de relevo pueden proporcionarse en un Centro de Cuidados Residencial Comunitario (CRCF), en un centro de enfermería o en su hogar. Los miembros tienen un límite de 28 días totales de relevo al año. Hasta 28 días de relevo pueden ser en un CRCF. Hasta 14 días de relevo pueden ser en un centro de enfermería. Hasta 14 días de relevo pueden ser en su hogar.  El tipo de cuidados que puede recibir dependerá de su situación. [*Insert the following if services are only available to members on a waiver:* El servicio de relevo del CRCF está disponible solo para los miembros inscritos en la exención de Community Choices. Los cuidados de relevo en el hogar están disponibles solo para los miembros inscritos en la exención para personas dependientes de un respirador mecánico. Los cuidados de relevo en centros de enfermería están disponibles para los miembros inscritos en la exención Community Choices o en la exención para personas dependientes de un respirador mecánico.] |
| **Necesita cuidados por una enfermedad avanzada o una lesión que pone en peligro su vida** | Cuidados paliativos | $0 |  |
| **Usted necesita servicios de planificación familiar** | Anticonceptivos (condones) | $0 | Los suministros de planificación familiar solo están cubiertos con receta médica. |
| Exámenes de laboratorio y de diagnóstico para planificación familiar | $0 |  |
| Tratamiento de infecciones de transmisión sexual (STI) | $0 |  |
| **Otros servicios cubiertos** [*Plans are encouraged to insert other services they offer that are not already included in the chart. This does not need to be a comprehensive list.*] | Programas de educación y bienestar | $0 |  |
| Servicios por enfermedad renal en etapa terminal | $0 |  |
| Servicios de infusión | $0 |  |
| Servicios de transición del hogar para personas de la tercera edad | $0 |  |
| Servicios preventivos | $0 |  |
| Servicios prestados en los Centros de Salud Calificados Federalmente | $0 |  |
| Gestión de casos específicos | $0 |  |
| Telemedicina | $0 |  |

# Beneficios cubiertos fuera de <plan name>

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

| **Otros servicios cubiertos por Medicare o Healthy Connections Medicaid**  Comuníquese con su [coordinador de cuidado de salud/administrador de cuidados *(plan’s preference)*] para obtener más información. [*Insert services covered outside the plan by Medicare fee-for-service and/or Medicaid fee-for-service, as appropriate. This does not need to be a comprehensive list.* *Plans should include copays for listed services. Plans may consult Section G of Chapter 4 of the Member Handbook for examples.*] | **Sus costos**  [*Plans should include copays for listed services.*] |
| --- | --- |
| Algunos servicios de hospicio | $0 |
| Servicios dentales   * Diagnóstico (evaluación oral y radiografías) * Cuidados preventivos (limpieza anual) * Cuidados de restauración (empastes) * Cuidados quirúrgicos (extracciones) | $3.40  $3.40  $3.40  $3.40 |
| Servicios de transporte que no sean emergencias médicas | $0 |

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

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

| **Servicios que no están cubiertos por <plan name>, Medicare o Healthy Connections Medicaid**  [*Insert any excluded benefit categories. This does not need to be a comprehensive list. Plans may consult Section H of Chapter 4 of the Member Handbook for examples.*] | |
| --- | --- |
| Cuidados quiroprácticos (excepto para la manipulación manual de ciertas afecciones aprobadas) | Suministros anticonceptivos de venta sin receta médica |
| Algunos procedimientos visuales, como LASIK | Zapatos ortopédicos (a menos que se incluyan con un dispositivo ortopédico o para la enfermedad de pie diabético). Dispositivos de soporte para los pies (excepto para personas con enfermedad de pie diabético) |
| Cirugía estética o trabajos estéticos | Artículos personales en la habitación del hospital o del hogar para personas de la tercera edad |
| Prótesis dentales | Habitación privada en el hospital |
| Procedimientos o servicios de mejora optativos o voluntarios | Cuidado rutinario de los pies (excepto para ciertas condiciones aprobadas) |
| Tratamientos médicos y quirúrgicos, artículos y medicamentos experimentales | Servicios que no se consideran “razonables y necesarios” |
| Cuidado de enfermería a tiempo completo en su hogar | Servicios proporcionados a veteranos en centros de Asuntos de veteranos (VA) |
| Exámenes de audición (excepto para ciertas afecciones aprobadas) | Tratamiento de cirugía para la obesidad mórbida |
| Servicios de naturopatía |  |

# Sus derechos como miembro del plan

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

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

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

# Cómo presentar una queja o apelar un servicio que negamos

Si usted tiene alguna queja o le parece que <plan name> debería cubrir algo que negamos, llame a <plan name> al <toll-free number>. Usted podría apelar nuestra decisión.

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

[*Plans should include contact information for complaints, grievances, and appeals.*] Existe un ombudsman especial para este programa llamado Defensor de Healthy Connections Prime. El Defensor de Healthy Connections Prime no trabaja para nosotros o para Healthy Connections Medicaid. Puede ayudarlo a usted a entender sus derechos y el proceso de apelación y a realizar una apelación. Puede llamar al Defensor de Healthy Connections Prime al 1-844-477-4632. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.

# Qué hacer si sospecha de la existencia de fraude

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

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

* Llámenos a Servicios al miembro de <plan name>. Los números de teléfono se encuentran al final de la página y en la portada de este resumen.
* Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Usted puede llamar a estos números gratuitos, las 24 horas del día y 7 días a la semana.
* [*Plans may also insert additional State-based resources for reporting fraud.*]