Capítulo 8: Sus derechos y responsabilidades

Introducción

Este capítulo incluye sus derechos y responsabilidades como miembro de nuestro plan. Debemos respetar sus derechos. Los términos claves y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo de su *Manual del miembro*.

[**Note:** Plans may add to or revise this chapter as needed to reflect NCQA required language or language required by state Medicaid program.]

[*Plans should refer to other parts of the Member Handbook using the appropriate chapter number, section, and/or page number. For example, “refer to Chapter 9, Section A, page 1.” An instruction* [*insert reference, as applicable*] *appears with many cross references throughout the Member Handbook. Plans may always include additional references to other sections, chapters, and/or member materials when helpful to the reader.*]

[*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.*]

Índice

[A. Su derecho a obtener servicios e información de una manera que satisfaga sus necesidades 3](#_Toc127260167)

[B. Nuestra responsabilidad por su acceso oportuno a los servicios y medicamentos cubiertos 4](#_Toc127260168)

[C. Nuestra responsabilidad de proteger su información médica personal (PHI) 5](#_Toc127260169)

[C1. Cómo protegemos su PHI 5](#_Toc127260170)

[C2. Su derecho a ver sus registros médicos 6](#_Toc127260171)

[D. Nuestra responsabilidad de brindarle información 6](#_Toc127260172)

[E. La imposibilidad de que los proveedores de la red le facturen directamente 7](#_Toc127260173)

[F. Su derecho a abandonar nuestro plan 7](#_Toc127260174)

[G. Su derecho a tomar decisiones sobre su cuidado de salud 8](#_Toc127260175)

[G1. Su derecho a conocer sus opciones de tratamiento y tomar decisiones 8](#_Toc127260176)

[G2. Su derecho a decir lo que quiere que suceda si no puede tomar decisiones de cuidado de salud por sí mismo 9](#_Toc127260177)

[G3. Qué hacer si no se siguen sus instrucciones 10](#_Toc127260178)

[H. Su derecho a presentar quejas y pedirnos que reconsideremos nuestras decisiones 10](#_Toc127260179)

[H1. Qué hacer ante un trato injusto o para obtener más información sobre sus derechos 10](#_Toc127260180)

[I. Sus responsabilidades como miembro del plan 11](#_Toc127260181)

# Su derecho a obtener servicios e información de una manera que satisfaga sus necesidades

[Plans may edit the section heading and content to reflect the types of alternate format materials available to plan members. Plans may not edit references to language except as noted below.]

[Plans must insert a translation of this section in all languages that meet the language threshold.]

Debemos asegurarnos de que **todos** los servicios se le brinden de una manera competente y accesible a nivel cultural. También debemos informarle sobre los beneficios de nuestro plan y sus derechos de una manera que pueda entender. Debemos informarle sobre sus derechos cada año que esté en nuestro plan.

* Para obtener información de una manera comprensible para usted, llame a [insert if applicable: su coordinador de cuidado de salud o] a Servicios al miembro. Nuestro plan tiene servicios de interpretación gratuitos disponibles para responder preguntas en diferentes idiomas.
* Nuestro plan también puede brindarle materiales [insert if required to provide materials in any non-English languages: en otros idiomas además de inglés y] en formatos como letra grande, braille o audio. Para obtener materiales en uno de estos formatos alternativos, llame a Servicios al miembro o escriba a [*Insert Plan name, address, and phone number*]. [Plans specifically state which languages are offered. *Plans also simply describe:*
	+ *how they request a member’s preferred language other than English and/or alternate format,*
	+ *how they keep the member’s information as a standing request for future mailings and communications so the member doesn’t need to make a separate request each time,* ***and***
* *how a member can change a standing request for preferred language and/or format*.]

Si tiene inconvenientes para obtener información de nuestro plan debido a problemas de idioma o por una discapacidad y desea presentar una queja, llame a:

Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Puede llamar las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

* [Plans should insert information about filing a complaint with Medicaid. Also, include any other state-required offices.]

Oficina de Derechos Civiles al 1-800-368-1019. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-537-7697.

# Nuestra responsabilidad por su acceso oportuno a los servicios y medicamentos cubiertos

[Plans may edit this section to add specific requirements for minimum access to care and remedies.]

Tiene derechos como miembro de nuestro plan.

* Tiene derecho a elegir un proveedor de cuidado primario (PCP) de nuestra red. Un proveedor de la red es un proveedor que trabaja con nosotros. Puede encontrar más información sobre qué tipos de proveedores pueden actuar como PCP y cómo elegir un PCP en el **Capítulo 3** de su *Manual del miembro*.
* Llame a [*insert if applicable:* su coordinador de cuidado de salud o] Servicios al miembro o busque en el *Directorio de proveedores y farmacias* para obtener más información sobre los proveedores de la red y qué médicos aceptan nuevos pacientes.
* [Plans may edit this sentence to add other types of providers that members may use without a referral.] Usted tiene derecho a recibir servicios de un especialista en salud de la mujer sin obtener la aprobación para un referido. Un “referido” es la aprobación de su PCP para usar un proveedor que no es su PCP. [If applicable, replace the previous sentences with: **No** exigimos que usted obtenga referidos. **or** **No** exigimos que utilice proveedores de la red.]
* Tiene derecho a obtener servicios cubiertos de proveedores de la red dentro de un período de tiempo razonable.
* Esto incluye el derecho a obtener servicios oportunos de especialistas.
* Si no puede obtener los servicios dentro de un período de tiempo razonable, debemos pagar el cuidado de salud fuera de la red.
* Tiene derecho a recibir servicios de emergencia o cuidado de salud que necesite con urgencia sin aprobación previa (PA).
* Tiene derecho a surtir sus recetas en cualquiera de las farmacias de nuestra red sin demoras prolongadas.
* Tiene derecho a saber cuándo puede usar un proveedor fuera de la red. Para obtener información sobre los proveedores fuera de la red, consulte el **Capítulo 3** de su Manual del miembro.
* [Plans should include any additional state requirements regarding covered services or drugs here.]

En el **Capítulo 9** de su Manual del miembro se le informa lo que puede hacer si cree que no está recibiendo sus servicios o medicamentos dentro de un período de tiempo razonable. También se le informa qué puede hacer si le negamos la cobertura de sus servicios o medicamentos y no está de acuerdo con nuestra decisión.

# Nuestra responsabilidad de proteger su información médica personal (PHI)

Protegemos su PHI según lo exigen las leyes federales y estatales.

Su PHI incluye información que nos proporcionó cuando se inscribió en nuestro plan. También incluye sus registros médicos y otra información médica y de salud.

Tiene derechos cuando se trata de su información y de controlar cómo se utiliza su PHI. Le entregamos un aviso por escrito que le informa sobre estos derechos y explica cómo protegemos la privacidad de su PHI. El aviso se denomina “Aviso de prácticas de privacidad”.

## C1. Cómo protegemos su PHI

Nos aseguramos de que ninguna persona no autorizada revise o cambie sus registros.

Excepto en los casos que se indican a continuación, no proporcionamos su PHI a ninguna persona que no le brinde cuidados o que no pague por sus cuidados. Si lo hacemos, primero debemos obtener su permiso por escrito. Usted, o alguien legalmente autorizado para tomar decisiones por usted, puede dar su autorización por escrito.

A veces no necesitamos obtener su permiso por escrito primero. Estas excepciones están permitidas o requeridas por la ley:

* Debemos divulgar la PHI a las agencias gubernamentales que verifican la calidad de los cuidados de salud de nuestro plan.
* Debemos divulgar la PHI por orden judicial.
* Debemos darle a Medicare su PHI. Si Medicare divulga su PHI para investigación u otros usos, lo hace de acuerdo con las leyes federales. [Plans may insert similar information, as appropriate, about sharing medical records with Medicaid]

## C2. Su derecho a ver sus registros médicos

* Tiene derecho a ver sus registros médicos y a obtener una copia de sus registros. [Insert if applicable: Podemos cobrarle un cargo por hacer una copia de sus registros médicos.]
* Tiene derecho a solicitarnos que actualicemos o corrijamos sus registros médicos. Si nos pide que hagamos esto, trabajaremos con su proveedor de cuidado de salud para decidir si se deben hacer cambios.
* Tiene derecho a saber si compartimos su PHI con otros y cómo lo hacemos.

Si tiene preguntas o inquietudes sobre la privacidad de su PHI, llame a Servicios al miembro.

[Plans may insert custom privacy practices.]

# Nuestra responsabilidad de brindarle información

[Plans may edit the section to reflect the types of alternate format materials available to plan members and/or languages primarily spoken in the plan’s service area.]

Como miembro de nuestro plan, tiene derecho a que le enviemos información sobre nuestro plan, nuestra red de proveedores y sus servicios cubiertos.

Si no habla inglés, contamos con servicios de interpretación para responder las preguntas que tenga sobre nuestro plan. Para obtener un intérprete, llame a Servicios al miembro. Este es un servicio gratuito para usted. [Plans must insert information about the availability of written materials in languages other than English, stating specifically which languages are offered.] También podemos brindarle información en letra grande, braille o audio. [If applicable, plans insert information about the availability of written materials in other formats.]

Si desea información sobre cualquiera de los siguientes temas, llame a Servicios al miembro:

* Cómo elegir o cambiar de plan
* Nuestro plan, que incluye:
* información financiera
* cómo nos han calificado los miembros del plan
* la cantidad de apelaciones hechas por los miembros
* cómo salir de nuestro plan
* Nuestros proveedores de la red y nuestras farmacias de la red, que incluye:
* cómo elegir o cambiar proveedores de cuidado primario
* calificaciones de nuestros proveedores y farmacias de la red
* cómo pagamos a los proveedores en nuestra red
* Servicios y medicamentos cubiertos, que incluyen:
* servicios (consulte los **Capítulos 3 y 4** de su *Manual del miembro*) y medicamentos (consulte los **Capítulos 5 y 6** de su *Manual del miembro*) cubiertos por nuestro plan
* límites a su cobertura y medicamentos
* reglas que debe seguir para obtener servicios y medicamentos cubiertos
* Por qué algo no está cubierto y qué puede hacer al respecto (consulte el **Capítulo 9** de su *Manual del miembro*), incluso puede pedirnos que:
* pongamos por escrito por qué algo no está cubierto
* cambiemos una decisión que tomamos
* paguemos una factura que recibió

# La imposibilidad de que los proveedores de la red le facturen directamente

Los médicos, hospitales y otros proveedores de nuestra red no pueden obligarlo a pagar los servicios cubiertos. Tampoco pueden facturar el saldo ni cobrarle si pagamos menos de la cantidad que cobró el proveedor. Para saber qué hacer si un proveedor de la red intenta cobrarle por los servicios cubiertos, consulte el **Capítulo 7** de su *Manual del miembro*.

# Su derecho a abandonar nuestro plan

Nadie puede obligarlo a permanecer en nuestro plan si usted no lo desea.

* Tiene derecho a obtener la mayoría de sus servicios de cuidado de salud a través de Medicare Original o de otro plan Medicare Advantage (MA).
* Puede obtener sus beneficios de medicamentos de receta de la Parte D de Medicare de un plan de medicamentos de receta o de otro plan MA.
* Consulte el **Capítulo 10** de su *Manual del miembro*:
	+ Para obtener más información sobre cuándo puede inscribirse en un nuevo plan de beneficios de medicamentos de receta o MA.
	+ Para obtener información sobre cómo obtendrá sus [Insert name of Medicaid program] beneficios si deja nuestro plan.

# Su derecho a tomar decisiones sobre su cuidado de salud

Tiene derecho a recibir información completa de sus médicos y otros proveedores de cuidado de salud para ayudarlo a tomar decisiones sobre su cuidado de salud.

## G1. Su derecho a conocer sus opciones de tratamiento y tomar decisiones

Sus proveedores deben explicarle su condición y sus opciones de tratamiento de una manera que usted pueda entender. Tiene derecho a:

* **Conocer sus opciones.** Tiene derecho a que le informen sobre todas las opciones de tratamiento.
* **Conocer los riesgos.** Tiene derecho a que se le informe acerca de los riesgos involucrados. Debemos informarle con anticipación si algún servicio o tratamiento es parte de un experimento de investigación. Tiene derecho a rechazar tratamientos experimentales.
* **Obtener una segunda opinión.** Tiene derecho a utilizar otro médico antes de decidir sobre el tratamiento.
* **Decir que no.** Tiene derecho a rechazar cualquier tratamiento. Esto incluye el derecho a abandonar un hospital u otro centro médico, incluso si su médico le aconseja que no lo haga. Tiene derecho a dejar de tomar un medicamento de receta. Si rechaza el tratamiento o deja de tomar un medicamento de receta, no lo daremos de baja de nuestro plan. Sin embargo, si rechaza el tratamiento o deja de tomar un medicamento, acepta toda la responsabilidad por lo que le suceda.
* **Pedirnos que le expliquemos por qué un proveedor negó el cuidado de salud.** Tiene derecho a obtener una explicación de nuestra parte si un proveedor le niega el cuidado de salud que usted cree que debería recibir.
* **Pedirnos que cubramos un servicio o medicamento que negamos o que generalmente no cubrimos.** Esto se llama una decisión de cobertura. En el **Capítulo 9** de su Manual del miembro se explica cómo solicitarnos una decisión de cobertura.

## G2. Su derecho a decir lo que quiere que suceda si no puede tomar decisiones de cuidado de salud por sí mismo

[**Note:** Plans that would like to provide members with state-specific information about advance directives may do so. Include contact information for the appropriate state agency.]

A veces, las personas no pueden tomar decisiones de cuidado de salud por sí mismas. Antes de que eso le suceda, puede hacer lo siguiente:

* Llenar un formulario escrito que **otorga a alguien el derecho de tomar decisiones de cuidado de salud por usted**.
* **Dar a sus médicos instrucciones por escrito** sobre cómo manejar su cuidado de salud si no puede tomar decisiones por sí mismo, incluido el cuidado que **no** desea.

El documento legal que utiliza para dar sus instrucciones se llama “instrucción anticipada”. Hay diferentes tipos de instrucciones anticipadas y diferentes nombres para ellas. Algunos ejemplos son un testamento vital y un poder notarial para el cuidado de salud.

No está obligado a tener una instrucción anticipada, pero puede hacerlo. Esto es lo que debe hacer si desea utilizar una instrucción anticipada:

* **Obtener el formulario.** Puede obtener el formulario de su médico, un abogado, una agencia de servicios legales o un trabajador social. Las farmacias y las oficinas de los proveedores a menudo tienen los formularios. Puede encontrar un formulario gratuito en línea y descargarlo. [Insert if applicable: También puede comunicarse con Servicios al miembro para solicitar el formulario.]
* **Completar el formulario y firmarlo.** El formulario es un documento legal. Debe considerar la posibilidad de que un abogado u otra persona de su confianza, como un familiar o su PCP, lo ayuden a completarlo.
* **Entregar copias a las personas que necesitan saber.** Debe entregar una copia del formulario a su médico. También debe entregar una copia a la persona que designe para que tome decisiones por usted. Es posible que desee dar copias a amigos cercanos o familiares. Mantenga una copia en casa.
* Si está hospitalizado y tiene instrucciones anticipadas firmadas, **lleve una copia al hospital**.
* El hospital le preguntará si tiene un formulario de instrucciones anticipadas firmado y si lo tiene consigo.
* Si no tiene un formulario de instrucciones anticipadas firmado, el hospital tiene formularios y le preguntará si desea firmar uno.

Tiene derecho a:

* Hacer que sus instrucciones anticipadas se incluyan en sus registros médicos.
* Cambiar o cancelar sus instrucciones anticipadas en cualquier momento.
* [Insert any additional state-specific requirements as directed by the state.]

Llame a Servicios al miembro para obtener más información.

## G3. Qué hacer si no se siguen sus instrucciones

Si firmó una instrucción anticipada y cree que un médico u hospital no siguió las instrucciones que contiene, puede presentar una queja ante [plans insert the name and contact information of the applicable state-specific agency].

# Su derecho a presentar quejas y pedirnos que reconsideremos nuestras decisiones

En el **Capítulo 9** de su Manual del miembro se le informa lo que puede hacer si tiene algún problema o inquietud acerca de sus servicios o cuidado de salud cubiertos. Por ejemplo, puede pedirnos que tomemos una decisión de cobertura, presentar una apelación para cambiar una decisión de cobertura o presentar una queja.

Tiene derecho a obtener información sobre apelaciones y quejas que otros miembros del plan hayan presentado contra nosotros. Llame a Servicios al miembro para obtener esta información.

## H1. Qué hacer ante un trato injusto o para obtener más información sobre sus derechos

Si cree que lo tratamos injustamente, y **no** se trata de discriminación por los motivos enumerados en el **Capítulo 11** de su *Manual del miembro*, o si desea obtener más información sobre sus derechos, puede llamar a:

* Servicios al miembro.
* El programa [insert name of state-specific SHIP] en el [insert phone number]. Para obtener más detalles sobre [insert name of state-specific SHIP], consulte el Capítulo 2 [insert reference, as applicable].
* [Insert this section if applicable: El Programa de Ombudsperson en el <phone number>. Para obtener más detalles sobre este programa, consulte el Capítulo 2 de su Manual del miembro.]

Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. (También puede leer o descargar “Derechos y protecciones de Medicare”, que se encuentra en el sitio web de Medicare en [www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf](https://www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf)).

[Plans should insert additional contact information, such as for the state Medicaid agency.]

# Sus responsabilidades como miembro del plan

[Plans may modify this section to include additional member responsibilities. Plans may add information about estate recovery and other requirements mandated by the state.]

Como miembro del plan, tiene la responsabilidad de hacer las cosas que se enumeran a continuación. Si tiene alguna pregunta, llame a Servicios al miembro.

* **Leer el *Manual del miembro*** para saber qué cubre nuestro plan y las reglas a seguir para obtener servicios y medicamentos cubiertos. Para obtener detalles sobre lo siguiente:
* Servicios cubiertos, consulte los **Capítulos 3 y 4** de su Manual del miembro. En esos capítulos se le informa qué está cubierto, qué no está cubierto, qué reglas debe seguir y cuánto paga.
* Medicamentos cubiertos, consulte los **Capítulos 5 y 6** de su Manual del miembro.
* **Informarnos sobre cualquier otra cobertura de salud o de medicamentos de receta** que tenga. Debemos asegurarnos de que utilice todas sus opciones de cobertura cuando reciba cuidado de salud. Llame a Servicios al miembro si tiene otra cobertura.
* **Informar a su médico y otros proveedores de cuidado de salud** que es miembro de nuestro plan. Muestre su tarjeta de identificación de miembro cuando obtenga servicios o medicamentos.
* **Ayudar a sus médicos** y otros proveedores de cuidado de salud a brindarle el mejor cuidado de salud.
* Bríndeles la información que necesitan sobre usted y su salud. Aprenda todo lo que pueda sobre sus problemas de salud. Siga los planes de tratamiento y las instrucciones que usted y sus proveedores acuerden.
* Asegúrese de que sus médicos y otros proveedores estén al tanto de todos los medicamentos que toma. Esto incluye medicamentos de receta, medicamentos de venta sin receta médica, vitaminas y suplementos.
* Haga cualquier pregunta que tenga. Sus médicos y otros proveedores deben explicarle las cosas de una manera que usted pueda entender. Si hace una pregunta y no entiende la respuesta, vuelva a preguntar.
* **Ser considerado.** Esperamos que todos los miembros del plan respeten los derechos de los demás. También esperamos que actúe con respeto en el consultorio de su médico, en hospitales y en las oficinas de otros proveedores.
* [Plans should edit the bullets below as needed to reflect the costs applicable to their members.] **Pagar lo que adeuda**. Como miembro del plan, usted es responsable de estos pagos:
	+ Primas de Parte A de Medicare y Parte B de Medicare. Para la mayoría de los miembros de <plan name>, Medicaid paga su prima de la Parte A y su prima de la Parte B de Medicare.
* [Delete this bullet if the plan does not have cost sharing:] Para algunos de sus [insert if the plan has cost sharing for long-term services and supports: servicios y respaldos a largo plazo [o medicamentos]] cubiertos por el plan, usted debe pagar su cuota del costo cuando obtiene el [insert if the plan has cost sharing for services: servicio [o medicamento]]. Esto será un [insert as appropriate: [copago] (un monto fijo). [Insert if the plan has cost sharing for long-term services and supports: En el Capítulo 4 [plans may insert reference, as applicable] se le indica lo que debe pagar por sus servicios y respaldos a largo plazo.] En el Capítulo 6 [plans may insert reference, as applicable] se le indica lo que debe pagar por sus medicamentos.
* **Si recibe servicios o medicamentos que no están cubiertos por nuestro plan, debe pagar el costo total.** (**Nota:** Si no está de acuerdo con nuestra decisión de no cubrir un servicio o medicamento, puede presentar una apelación. Consulte el Capítulo 9 [plans may insert reference, as applicable] para obtener información sobre cómo presentar una apelación).
* **Decirnos si se muda.** Si planea mudarse, infórmenos de inmediato. Llame a [*insert if applicable:* su coordinador de cuidado de salud o] Servicios al miembro.
* **Si se muda fuera de nuestra área de servicio, no puede permanecer en nuestro plan.** Solo las personas que viven en nuestra área de servicio pueden ser miembros de este plan. En el **Capítulo 1** de su *Manual del miembro* se le informa sobre nuestra área de servicio.
* Podemos ayudarlo a hacer las averiguaciones pertinentes si se está mudando fuera de nuestra área de servicio. [Plans that do not offer plans outside the service area may delete the following sentence:] Durante un período de inscripción especial, puede cambiarse a Medicare Original o inscribirse en un plan de salud o de medicamentos de receta de Medicare en su nueva ubicación. Podemos decirle si tenemos un plan en su nueva área.
* Si se muda, informe a Medicare y [Insert state-specific name of Medicaid program] su nueva dirección. Consulte el **Capítulo 2** de su *Manual del miembro* para obtener los números de teléfono de Medicare y [Insert name of state-specific Medicaid program].
* **Si se muda y permanece en nuestra área de servicio, igualmente necesitamos saberlo.** Necesitamos mantener su registro de membresía actualizado y saber cómo comunicarnos con usted.
* **Llame a** [insert if applicable: **su coordinador de cuidado de salud o**] **Servicios al miembro para obtener ayuda si tiene preguntas o inquietudes**.