Capítulo 11: Avisos legales

[**Note:** You may include other legal notices, such as a notice of Participant non-liability, a notice about third-party liability, or a nondiscrimination notice under Section 1557 of the Affordable Care Act. Such notices may be added only if they conform to Medicare laws and regulations.]

[Plans should refer Participants to other parts of the handbook using the appropriate chapter number, section, and/or page number. For example, "ver Capítulo 9, Sección A, página 1". An instruction [plans may insert reference, as applicable] is listed next to each cross reference throughout the handbook.]

Contenido

[A. Aviso sobre las leyes 1](#_Toc488855148)

[B. Aviso sobre no discriminación 2](#_Toc488855149)

[C. Aviso sobre <plan name> como pagador secundario 2](#_Toc488855150)

[Derecho de subrogación de <plan name> 2](#_Toc488855151)

[Derecho de reembolso de <plan name> 2](#_Toc488855152)

[Sus responsabilidades 3](#_Toc488855153)

[D. Confidencialidad del Participante y aviso sobre prácticas de privacidad 3](#_Toc488855154)

[E. Aviso de acción 3](#_Toc488855155)

# Aviso sobre las leyes

Hay muchas leyes que se aplican a este *Manual del participante*. Estas leyes pueden afectar sus derechos y responsabilidades, incluso si las leyes no se incluyen o se explican en este manual. Las leyes principales que se aplican a este manual son las leyes federales sobre los programas Medicare y Medicaid. Es posible que también se apliquen otras leyes federales y del estado.

# Aviso sobre no discriminación

Toda compañía o agencia que trabaje con Medicare y New York Medicare debe obedecer la ley. No puede recibir un trato diferente por su edad, experiencia de reclamaciones, color, credo, etnia, certificado de asegurabilidad, género, información genética, ubicación geográfica, estado de salud, antecedentes médicos, discapacidad mental o física, nacionalidad, raza, religión o sexo. Si le parece que no se le trató justamente por cualquiera de estos motivos, llame a la Oficina de derechos civiles del Departamento de salud y servicios humanos al 1-800-368-1019. Los usuarios de TTY (las personas sordas, con problemas para oír o el habla) deben llamar al 1-800-537-7697. Para obtener más información, usted también puede ir a http://www.hhs.gov/ocr.

# Aviso sobre <plan name> como pagador secundario

A veces alguna otra persona tiene que pagar primero por los servicios, artículos o medicamentos que le proporcionamos a usted. Por ejemplo, si usted tiene un accidente de automóvil o se lesiona en el trabajo, el seguro o la Compensación laboral tiene que pagar primero.

<Plan name> tiene el derecho y la responsabilidad de cobrar el pago por los servicios, artículos o medicamentos cubiertos cuando otra persona o entidad tiene que pagar primero.

## Derecho de subrogación de <plan name>

La subrogación es el proceso por el que <plan name> obtiene la devolución del costo total o parte de los costos de su cuidado de salud de otro asegurador. Estos son ejemplos de otros aseguradores:

* El seguro de su vehículo de motor o el seguro de propiedad de su casa
* El seguro de vehículo de motor o el seguro de propietario de casa de una persona que le haya causado a usted una enfermedad o lesión
* Compensación laboral

Si una compañía de seguros que no sea <plan name> debe pagar los servicios, artículos o medicamentos relacionados con una enfermedad o lesión, <plan name> tiene derecho a pedir que ese asegurador nos pague a nosotros. A menos que la ley exija otra cosa, la cobertura de <plan name> bajo esta póliza será secundaria cuando otro plan, incluyendo otro plan de seguro, le proporcione cobertura FIDA para los servicios, artículos o medicamentos.

## Derecho de reembolso de <plan name>

Si usted obtiene dinero por alguna demanda o acuerdo judicial por una enfermedad o lesión, <plan name> tiene derecho a pedirle a usted que devuelva el costo de los servicios cubiertos que pagamos. No podemos hacer que usted nos pague más de la cantidad de dinero que recibió de la demanda o el acuerdo.

## Sus responsabilidades

Como Participante de <plan name>, usted está de acuerdo con:

* Avisarnos de cualquier situación que pueda afectar los derechos de Subrogación o Reembolso de <plan name>.
* Cooperar con <plan name> cuando le pidamos información y asistencia con la Coordinación de beneficios, Subrogación o Reembolso.
* Firmar documentos para ayudar a <plan name> con sus derechos a Subrogación y Reembolso.
* Autorizar a <plan name> para que investigue, pida y revele la información necesaria para efectuar tareas de Coordinación de beneficios, Subrogación y Reembolso en el grado que permitan las leyes.

Si usted no está dispuesto a ayudarnos, es posible que tenga que pagarnos nuestros costos, incluyendo los honorarios razonables de abogados, para hacer valer nuestros derechos con este plan.

# Confidencialidad del Participante y aviso sobre prácticas de privacidad

Nos aseguraremos de que toda la información, expedientes, datos y elementos de datos relacionados con usted, usados por nuestra organización, empleados, subcontratistas y asociados comerciales, se protegerán contra la revelación no autorizada de conformidad con CFR 42 Parte 431, Subsección F; y CFR 45 Parte 160 y CFR 45 Parte 164, Subsecciones A y E.

Estamos obligados por ley de proporcionarle un Aviso que describe cómo su información médica será usada y revelada y cómo usted puede obtener esta información. Por favor lea cuidadosamente este Aviso de prácticas de privacidad. Si tiene alguna pregunta, llame a Servicios al participante al <phone number>.

# Aviso de acción

Debemos usar un aviso de determinación de cobertura para avisarle de cualquier negación, cancelación y retraso o modificación de beneficios. Si usted está en desacuerdo con nuestra decisión, puede apelar ante nuestro plan. No tendrá que pagar por ninguno de estos procedimientos. Para más información sobre cómo apelar, lea el Capítulo 9 [plans may insert reference, as applicable].