Capítulo 8: Sus derechos y responsabilidades

Introducción

En este capítulo, encontrará sus derechos y responsabilidades como Participante de <plan name>. <Plan name> debe respetar sus derechos. Términos clave y sus definiciones se encuentran en orden alfabético en el último capítulo del *Manual del participante*.

[**Note:** The plan may add to or revise this chapter as needed to reflect NCQA-required language or language required by state Medicaid programs.]

[The plan 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 [plan may insert reference, as applicable] is listed next to each cross reference throughout the handbook.]

[*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 Contenido

[A. Su derecho a obtener información de una manera que se adapte a sus necesidades 3](#_Toc14351869)

[B. Nuestra responsabilidad de asegurarnos de que obtenga acceso a tiempo a los servicios, artículos y medicamentos cubiertos 4](#_Toc14351870)

[C. Nuestra responsabilidad de proteger su información médica personal (PHI, por sus siglas en inglés) 6](#_Toc14351871)

[C1. Cómo protegemos su PHI 6](#_Toc14351872)

[C2. Usted tiene derecho a ver sus expedientes médicos 7](#_Toc14351873)

[D. Nuestra responsabilidad de darle información sobre <plan name>, los proveedores de la red y los servicios cubiertos para usted 7](#_Toc14351874)

[E. Incapacidad de proveedores de la red para cobrarle directamente 8](#_Toc14351875)

[F. Su derecho a retirarse de <plan name> 9](#_Toc14351876)

[G. Su derecho a decidir sobre su cuidado de salud 9](#_Toc14351877)

[G1. Su derecho a conocer sus opciones de tratamiento y a decidir sobre sus servicios 9](#_Toc14351878)

[G2. Su derecho a decir qué quiere que ocurra si no puede tomar decisiones sobre su cuidado de salud 10](#_Toc14351879)

[G3. Qué hacer si no se siguen sus instrucciones 11](#_Toc14351880)

[H. Su derecho a pedir ayuda 12](#_Toc14351881)

[I. Su derecho a presentar quejas y a pedirnos que reconsideremos decisiones que ya tomamos 12](#_Toc14351882)

[I1. Qué hacer si cree que se le está tratando injustamente o desea más información sobre sus derechos 12](#_Toc14351883)

[I2. Cómo obtener ayuda para entender sus derechos y ejercerlos 13](#_Toc14351884)

[J. Su derecho a recomendar cambios 13](#_Toc14351885)

[K. Sus responsabilidades como participante de <plan name> 13](#_Toc14351886)

# A. Su derecho a obtener información de una manera que se adapte a sus necesidades

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

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

Debemos informarle sobre sus derechos y los beneficios que ofrece <plan name> de manera que usted pueda entenderlo. Tenemos la obligación de avisarle cuáles son los derechos en cada año que usted sea un Participante en <plan name>. También debemos avisarle cuáles son sus derechos y cómo ejercerlos, por escrito, antes de la fecha en la que empieza su cobertura.

* Usted tiene derecho a recibir información a tiempo sobre cambios en <plan name>. Esto incluye el derecho a recibir anualmente materiales actualizados de Mercadeo, Asistencia pública y Comunicaciones.
* Esto también significa que usted tiene derecho a recibir un aviso, explicando cambios significativos sobre la manera en que le proveeremos los servicios, 30 días antes de la fecha en que el cambio entre en efecto.
* Usted tiene derecho a que se le expliquen todas las opciones del plan, las reglas y beneficios, incluso si es necesario, usando un intérprete calificado. Para obtener información de una manera que pueda entender, llame a Servicios al participante. <Plan name> tiene personas que pueden responder preguntas en diferentes idiomas.
* Nuestro plan también puede darle materiales [plan must insert if it is required to provide materials in any non-English languages: en idiomas que no son inglés y] en formatos como letras grandes, braille o audio. [Plan must specifically state which languages are offered. 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*.]

Si tiene problemas para obtener información de <plan name> por problemas de idioma o alguna discapacidad y quiere presentar una queja, llame a Medicare al 1‑800-MEDICARE (1-800-633-4227). Puede llamar las 24 horas al día, 7 días a la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. [Plan should insert information about filing a grievance with Medicaid.]

* También puede llamar a su Oficina local de derechos civiles. [Plan should insert contact information for the local office.]
* Si usted tiene una discapacidad y necesita ayuda para recibir cuidados o comunicarse con un proveedor, llame a Servicios al participante. Si usted tiene alguna queja, como un problema con el acceso en silla de ruedas, Servicios al participante puede ayudarle. Puede comunicarse con Servicios al participante al <phone number>, <days and hours of operation>. Los usuarios de TTY deben llamar al <TTY number>.

# B. Nuestra responsabilidad de asegurarnos de que obtenga acceso a tiempo a los servicios, artículos y medicamentos cubiertos

[Plan may edit this section to add specific requirements for minimum access to care and remedies. Include the following sentence: Si no puede recibir servicios en un tiempo razonable, tenemos que pagar el cuidado fuera de la red.]

Como Participante de <plan name> estos son sus derechos:

* Usted tiene derecho a recibir servicios, artículos y medicamentos médicamente necesarios, requeridos para satisfacer sus necesidades, de una manera que es sensible a su idioma y cultura, y proporcionado en un entorno de cuidado apropiado, incluyendo en su hogar y en la comunidad.
* Usted tiene derecho a elegir a su proveedor de cuidados primarios (PCP) en la red de <plan name>. Un proveedor de la red es un proveedor que trabaja con <plan name>. También puede pedirnos que un especialista actúe como su PCP. Puede encontrar más información sobre eligiendo un PCP en el Capítulo 3 [*the plan may insert reference, as applicable*].
  + Llame a Servicios al participante o busque en el *Directorio de proveedores y farmacias* para saber más sobre proveedores de red y cuáles médicos están aceptando nuevos pacientes.
* Usted tiene derecho a tomar decisiones sobre los proveedores y la cobertura, esto incluye el derecho de elegir y cambiar de proveedores dentro de nuestra red.
* Usted tiene derecho a ir a ver un especialista en salud femenina sin tener que obtener una pre-autorización o autorización previa.
  + Una pre-autorización es la aprobación de su PCP para ver un médico que no es su PCP. Las pre-autorizaciónes no son necesarias en <plan name>.
  + Una autorización previa significa que usted debe recibir una aprobación del Equipo interdisciplinario (IDT), <plan name>, u otro proveedor específico antes de obtener ciertos servicios, artículos o medicamentos o de ver a un proveedor fuera de la red.
* Usted tiene derecho a tener acceso a otros servicios que no requieren una autorización previa, como servicios de emergencia y cuidados de urgencia necesarios, servicios de diálisis fuera del área y visitas al PCP. Para obtener más información sobre los tipos de servicios que requieren una autorización previa y los que no lo requieren, lea el Capítulo 4 [*plan may insert reference, as applicable*]*.*
* Usted tiene derecho a obtener servicios cubiertos de proveedores de la red en un tiempo razonable.
  + Esto incluye el derecho a obtener servicios a tiempo de especialistas.
* Usted tiene derecho a tener acceso a nuestros proveedores por teléfono, a través de servicios de turno. Usted también tiene derecho a tener acceso a la Línea de consejería de enfermeras de <plan name> las 24 horas del día, 7 días a la semana para obtener asistencia necesaria de emergencia o cuidados de urgencia.
* Usted tiene derecho a que sus recetas sean surtidas sin demoras largas en cualquiera de las farmacias de nuestra red.
* Usted tiene derecho a tener acceso a cuidados sin enfrentar barreras físicas. Esto incluye el derecho a poder entrar y salir del consultorio de su proveedor, incluyendo acceso libre de obstáculos si usted tiene una discapacidad u otra condición que limita su movilidad, de acuerdo a la Ley de estadounidenses con discapacidades.
* Usted tiene derecho a acceder una red adecuada de proveedores primarios y especialistas que estén disponibles y sean capaces de satisfacer sus necesidades con respecto al acceso físico, como también a sus necesidades de comunicación y programación de sus citas.
* Usted tiene derecho a recibir un servicio razonable en acceso a los cuidados, en su interacción con <plan name> y los proveedores, y a recibir información sobre sus cuidados y cobertura.
* Usted tiene derecho a que le digan dónde, cuándo y cómo recibirá los servicios que necesita, incluyendo cómo obtener los beneficios cubiertos usando proveedores fuera de la red, si los proveedores que necesita no están disponibles en la red de <plan name>. Para obtener más información sobre los proveedores fuera de la red, lea el Capítulo 3 [plan may insert reference, as applicable].

El Capítulo 9 [plan may insert reference, as applicable] dice qué puede hacer si cree que no está recibiendo sus servicios, artículos o medicamentos en un tiempo razonable. El Capítulo El Capítulo 9 [plan may insert reference, as applicable] también dice qué puede hacer si le negamos cobertura para sus servicios, artículos o medicamentos y usted no está de acuerdo con nuestra decisión.

# C. Nuestra responsabilidad de proteger su información médica personal (PHI, por sus siglas en inglés)

Nosotros protegemos su PHI tal como lo exigen las leyes federales y estatales.

Usted tiene derecho a tener privacidad durante su tratamiento y a contar con que todos sus expedientes y comunicaciones sean mantenidos confidenciales.

Su PHI incluye la información que usted nos dio cuando se inscribió en <plan name>. También incluye sus conversaciones con sus proveedores, sus expedientes médicos y otra información médica y de salud.

Usted tiene derecho a recibir información y a controlar la forma en que se usa su PHI. Le enviaremos un aviso por escrito llamado “Aviso de prácticas de privacidad” para informarle sobre estos derechos. En el aviso también se explica la forma en que protegemos la privacidad de su PHI.

Usted tiene derecho a pedir que cualquier comunicación de <plan name> que contenga PHI, le sea enviada por medios alternativos o a una dirección alternativa.

## C1. Cómo protegemos su PHI

Nos aseguramos de que ninguna persona sin autorización, lea ni cambie sus expedientes.

En casi ninguna situación le daremos su PHI a alguien que no esté proporcionándole cuidado o pagando por su cuidado. Si lo hacemos, estamos obligados a obtener primero su permiso por escrito. El permiso por escrito puede darlo usted u otra persona que tenga el poder legal para tomar decisiones en su nombre.

Hay algunos casos en los que no tenemos que obtener primero su permiso por escrito. La ley permite o exige estas excepciones.

* Debemos revelar su PHI a instituciones gubernamentales que estén verificando nuestra calidad de cuidado.
* Debemos darle a Medicare y a Medicaid su PHI. Si Medicare o Medicaid revela su PHI con fines de investigación u otros fines, se hará de acuerdo con las leyes federales. Usted tiene derecho a pedir información sobre cómo <plan name> revela la información sobre su salud y otra información.

## C2. Usted tiene derecho a ver sus expedientes médicos

Usted tiene derecho a ver sus expedientes médicos y a obtener una copia de sus expedientes.

Usted tiene derecho a pedirnos que actualicemos o corrijamos sus expedientes médicos. Si nos pide hacerlo, trabajaremos con su proveedor de cuidado de salud para decidir si se deben hacer los cambios.

Usted tiene derecho a saber si su PHI ha sido compartida con otros y cómo se ha hecho.

Si usted tiene alguna pregunta o inquietud sobre la privacidad de su PHI, llame a Servicios al participante al <toll-free number>, <days and hours of operation>. Los usuarios de TTY deben llamar al <toll-free TTY number>.

[Plan may insert custom privacy practices.]

# D. Nuestra responsabilidad de darle información sobre <plan name>, los proveedores de la red y los servicios cubiertos para usted

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

Como Participante de <plan name>, usted tiene derecho a recibir información a tiempo y actualizada. Si no habla inglés debemos darle la información de manera gratuita en el idioma que usted entiende.

* También debemos proveerle un intérprete calificado, sin costo, si necesita uno cuando visita a los proveedores.
* Si tiene preguntas sobre <plan name> o necesita servicios de intérpretes, llámenos al <toll-free number>. Este servicio es gratuito.
* [Plan must insert information about the availability of written materials in languages other than English, stating specifically what languages are offered.]
* También le podemos dar información en otros formatos, como letras grandes, braille o audio. [If applicable, the plan should insert information about the availability of written materials in other formats.]

Si desea saber información sobre algo de lo siguiente, llame a Servicios al participante:

* Cómo elegir o cambiar de planes
* Nuestro plan, incluyendo:
  + Información financiera
  + Cómo <plan name> ha sido calificado por los Participantes del plan
  + Cuántas apelaciones han hecho los Participantes
  + Cómo retirase de <plan name>
* Nuestros proveedores de la red y las farmacias de nuestra red, incluyendo:
  + Cómo elegir o cambiar sus PCP
  + Certificaciones de los proveedores y farmacias de nuestra red
  + Cómo les pagamos a proveedores de nuestra red
  + Para ver una lista de proveedores y farmacias de la red de <plan name>, lea el *Directorio de proveedores y farmacias*. Para obtener información más detallada sobre nuestros proveedores o farmacias, llame a Servicios al participante o vaya a nuestro sitio web <web address>.
* Servicios cubiertos, medicamentos y sobre las reglas que usted debe seguir, incluyendo:
  + Los servicios, artículos y medicamentos cubiertos por <plan name>
  + Los límites de su cobertura y de sus medicamentos
  + Las reglas que debe seguir para obtener servicios, artículos y medicamentos cubiertos
* Por qué un medicamento, artículo o servicio no está cubierto y qué puede hacer al respecto, incluyendo pedirnos que:
  + Le expliquemos por escrito por qué algo no está cubierto
  + Cambiemos una decisión que hayamos tomado
  + Paguemos una factura que usted recibió

# E. Incapacidad de proveedores de la red para cobrarle directamente

Los médicos, hospitales y otros proveedores no pueden hacer que usted pague por los servicios, artículos o medicamentos cubiertos. Tampoco pueden cobrarle a usted si les pagamos menos de lo que nos cobraron o si no le pagamos nada. Usted tiene derecho a que no le cobren copagos, cuotas, deducibles u otros costos compartidos. Para saber qué hacer si un proveedor trata de cobrarle por servicios, artículos o medicamentos cubiertos, lea el Capítulo 7 [plan may insert reference, as applicable] o llame a Servicios al participante.

# F. Su derecho a retirarse de <plan name>

Nadie puede obligarle a permanecer en nuestro plan si usted no lo desea. Usted puede retirarse del plan en cualquier momento.

* Usted tiene derecho a recibir la mayoría de sus beneficios de cuidado de salud a través de Medicare Originalo un plan de Medicare Advantage.
* Usted puede obtener sus beneficios de medicamentos de receta de Medicare Parte D de un plan de medicamentos de receta o de un plan de Medicare Advantage.
* Consulte el Capítulo 10 [the plan may insert reference, as applicable] para más información sobre cómo puede unirse a un nuevo plan de Medicare Advantage o de medicamentos de receta.
* Usted recibirá sus servicios de Medicaid a través de Medicaid con pago por servicio (Original Medicaid).

# G. Su derecho a decidir sobre su cuidado de salud

## G1. Su derecho a conocer sus opciones de tratamiento y a decidir sobre sus servicios

Usted tiene derecho a obtener información completa de sus médicos y otros proveedores de cuidado de salud cuando reciba servicios. También tiene derecho a tener acceso a los médicos y otros proveedores que pueden satisfacer sus necesidades. Esto incluye proveedores que lo pueden ayudar con sus necesidades de cuidados de salud, que se comuniquen con usted de una manera en la que usted entienda y que le provean servicios en lugares que usted pueda acceder físicamente. Usted también puede pedir que un miembro de su familia o una persona que lo cuide esté involucrado en las discusiones sobre sus servicios y tratamientos. Usted tiene derecho a nombrar a alguien para que hable por usted sobre el cuidado que necesita. Usted tiene derecho a:

* **Conocer sus opciones.** Usted tiene derecho a que se le informe sobre todos los tipos de tratamiento. Usted tiene derecho a hablar con y recibir información de los proveedores sobre todas las opciones de tratamiento disponibles y alternativas, independientemente de su costo, y que las opciones sean presentadas de una manera en que usted entienda.
* **Conocer los riesgos.** Usted tiene derecho a que le informen sobre los riesgos involucrados. Se le debe avisar por anticipado si cualquiera de sus servicios o tratamientos son parte de un experimento de investigación. Usted tiene derecho a rechazar tratamientos experimentales.
* **Recibir una segunda opinión.** Usted tiene derecho a ver a otro médico antes de tomar una decisión sobre un tratamiento.
* **Decir que “no”.** Usted tiene derecho a aceptar o rechazar cualquier tratamiento. Esto incluye el derecho a abandonar un hospital u otra institución médica, incluso si su doctor le aconseja que no lo haga. También tiene derecho a dejar de tomar un medicamento. Si usted rechaza un tratamiento o deja de tomar un medicamento, no lo quitarán de <plan name>. No obstante, si usted rechaza el tratamiento o deja de tomar un medicamento, usted deberá aceptar toda la responsabilidad por lo que le ocurra.
* **Pedirnos que le expliquemos por qué un proveedor le negó el cuidado.** Usted tiene derecho a que le demos una explicación si un proveedor le negó un cuidado que usted cree que debería recibir.
* **Recibir una explicación por escrito.** Si le negamos servicios, artículos o medicamentos cubiertos, usted tiene derecho a recibir una explicación por escrito sin tener que pedir una.
* **Pedirnos que cubramos un servicio, artículo o medicamento que le fue negado o que normalmente no está cubierto.** Esto se llama "decisión de cobertura". El Capítulo 9 [plan may insert reference, as applicable] dice cómo pedirle a <plan name> o a su IDT una decisión sobre cobertura.
* **Participar en la planificación de sus cuidados.** Como un Participante en <plan name>, usted recibirá una evaluación integral cuando se inscriba en el plan. También tendrá una reunión con su IDT para desarrollar su Plan de vida y actualizarlo, cuando sea necesario. Usted tiene derecho a pedir una nueva evaluación integral o a actualizar su Plan de vida en cualquier momento. Para más información, lea el Capítulo 1 [plan may insert reference, as applicable].
* Recibir información completa y precisa relacionada con su salud y estado funcional, de su proveedor, su IDT y <plan name>.

## G2. Su derecho a decir qué quiere que ocurra si no puede tomar decisiones sobre su cuidado de salud

[**Note:** If the plan would like to provide Participants 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 sobre el cuidado de salud por sí mismas. Antes de que esto suceda, usted puede:

* Llenar un formulario por escrito para darle a otra persona el derecho a tomar decisiones sobre su cuidado de salud en su nombre.
* **Darles a sus médicos instrucciones** por escrito sobre cómo quiere que administren su cuidado de salud si usted no puede tomar decisiones.

El documento legal que puede usar para dar sus instrucciones se llama directiva anticipada*.* Hay diferentes tipos de directivas anticipadas, que tienen diferentes nombres. Algunos ejemplos son un testamentoenvida y un poder legal para cuidados de salud. Cuando se inscriba en un plan, le avisaremos sobre su derecho a hacer una directiva anticipada. También le avisaremos sobre este derecho cuando actualice su Plan de vida.

Usted no tiene que usar una directiva anticipada, pero puede hacerlo si lo desea. Esto es lo que tiene que hacer:

* **Obtenga el formulario.** Puede obtener un formulario de su PCP, un abogado, una agencia de servicios legales o un trabajador social. Es posible que las organizaciones que informan a la gente sobre Medicare o Medicaid [plan should insert examples of those organizations] también tengan formularios de directivas anticipadas. Usted también puede comunicarse con Servicios al participante para pedir los formularios.
* **Llene y firme el formulario.** El formulario es un documento legal. Debería considerar pedirle a un abogado que le ayude a llenarlo.
* **Dele copias a las personas que tienen que saber sobre el formulario.** Usted debería darle una copia del formulario a su PCP. También debería darle una copia a la persona que nombre para tomar decisiones por usted. Es posible que también quiera darles copias a sus amigos cercanos o a miembros de su familia. Asegúrese de conservar una copia en su casa.
* Si le van a hospitalizar y firmó una directiva anticipada, **lleve una copia al hospital**.

En el hospital le preguntarán si firmó un formulario de directiva anticipada y si lo tiene con usted.

Si no firmó un formulario de directiva anticipada, en el hospital tienen formularios disponibles y le preguntarán si quiere firmar uno.

Recuerde: llenar una directiva anticipada es una decisión suya.

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

<Plan name> y nuestros proveedores deben acatar sus instrucciones. Si usted firmó una directiva anticipada y cree que un proveedor no siguió las instrucciones que contiene, puede presentar una queja ante la Línea de quejas del hospital del Departamento de salud del estado de New York, llamando al 1-800-804-5447 o al Centro de asistencia técnica de cuidados administrados a largo plazo al 1-866-712-7197.

# H. Su derecho a pedir ayuda

El Capítulo 2 [plan may insert reference, as applicable] tiene números de contacto para varios recursos útiles. Usted tiene el derecho de pedir ayuda sin la interferencia de <plan name>. Usted puede pedir ayuda a agencias como el Independent Consumer Advocacy Network (ICAN) o el Ombudsman de cuidados a largo plazo del estado de NY.

* ICAN le puede proveer información y asistencia sobre su cobertura con <plan name>. Puede comunicarse con ICAN llamando al 1-844-614-8800 (Los usuarios de TTY deben llamar al 711 y luego seguir las indicaciones para marcar el 844-614-8800).
* El Ombudsman de cuidados a largo plazo del estado de NY le puede proveer información y asistencia sobre sus derechos como residente de un centro de cuidados a largo plazo. Llame al 1-800-342-9871 para obtener información sobre cómo comunicarse con su Ombudsman de cuidados a largo plazo local.

Hay otros recursos disponibles para usted, incluyendo los mencionados en el Capítulo 2. Usted tiene derecho a pedir ayuda a las entidades mencionadas en el Capítulo 2 o a cualquier otra entidad que usted identifique.

# I. Su derecho a presentar quejas y a pedirnos que reconsideremos decisiones que ya tomamos

El Capítulo 9 [plan may insert reference, as applicable] dice qué puede hacer si usted tiene problemas o inquietudes sobre su cuidado o servicios cubiertos. Por ejemplo, usted podría pedirnos tomar una decisión sobre cobertura, presentar una apelación para que cambiemos una decisión sobre cobertura o presentar una queja.

Usted tiene derecho a obtener información sobre apelaciones y quejas que otros Participantes hayan presentado en contra de <plan name>. Para obtener esta información, llame a Servicios al participante.

## I1. Qué hacer si cree que se le está tratando injustamente o desea más información sobre sus derechos

Si cree que le han tratado de forma injusta, y nose trata de discriminación por los motivos indicados en la página <page number> o desea más información sobre sus derechos, puede obtener ayuda llamando a:

* Servicios al participante y presentar una queja ante <plan name> como se explica en el Capítulo 9 [*plan may insert reference, as applicable*].
* Programa de información, consejería y asistencia para seguros de salud (HIICAP, por sus siglas en inglés) al 1-800-701-0501.
* Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, 7 días a 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 <https://www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf>.)
* Medicaid al 1-800-541-2831. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-898-5849.
* Puede llamar a ICAN al 1-844-614-8800 (Los usuarios de TTY deben llamar al 711 y luego seguir las indicaciones para marcar el 844-614-8800).

En todas las circunstancias, usted tiene derecho a presentar una queja interna ante <plan name>, una queja externa ante Medicare o el Departamento de salud del estado de New York (NYSDOH), o a apelar una decisión de cobertura. Los procesos para presentar cualquiera de estas quejas están explicados en el Capítulo 9 [plan may insert reference, as applicable].

## I2. Cómo obtener ayuda para entender sus derechos y ejercerlos

Puede llamar a ICANal 1-844-614-8800. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711 y luego seguir las indicaciones para marcar el 844-614-8800.) ICAN provee información y asistencia gratuita. No está vinculado con nuestro plan.

# J. Su derecho a recomendar cambios

Usted tiene derecho a recomendar cambios en las políticas y servicios de <plan name>, Medicare, el NYSDOH, la Oficina para personas con discapacidades del desarrollo (OPWDD) o a cualquier representante que elija.

# K. Sus responsabilidades como participante de <plan name>

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

Como Participante de <plan name>, usted tiene la responsabilidad de hacer lo que se indica a continuación. Si tiene alguna pregunta, llame a Servicios al participante.

* **Lea el *Manual del participante*** para saber qué está cubierto y qué reglas debe seguir para obtener los servicios, artículos y medicamentos cubiertos. Esto incluye cómo elegir un PCP y cómo usar los proveedores de la red para servicios, artículos y medicamentos cubiertos. Si hay algo que no entiende, llame a Servicios al participante. Para obtener detalles sobre sus:
  + Servicios cubiertos y artículos, lea los Capítulos 3 y 4 [*plan may insert reference, as applicable*]. En estos capítulos se explica qué está cubierto, qué no está cubierto, qué reglas debe seguir y qué pagará usted.
  + Medicamentos cubiertos, lea los Capítulos 5 y 6 [*plan may insert reference, as applicable*].
* **Infórmenos sobre cualquier otra cobertura de salud o de medicamentos de receta que usted tenga.** Estamos obligados a asegurarnos de que use todas sus opciones de cobertura cuando reciba cuidados de salud. Llame a Servicios al participantesi usted tiene otra cobertura.
* Informe a su PCP y a otros proveedores que usted está inscrito en nuestro plan.Muestre su Tarjeta de identificación de participante cada vez que reciba servicios, artículos o medicamentos.
* Ayude a su PCP y a otros proveedores a darle el mejor cuidado.
  + Llame a su PCP o a su Administrador de cuidados inmediatamente cuando se enferme o lesione para que le den instrucciones. Cuando necesite cuidados de emergencia de proveedores fuera de la red, avísele a <plan name> lo antes posible. En caso de una emergencia, llame al 911.
  + Dé a sus proveedores 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 hayan acordado.
  + Asegúrese de que su PCP y otros proveedores sepan sobre todos los medicamentos que usted esté tomando. Esto incluye medicamentos de receta, medicamentos de venta libre (OTC), vitaminas y suplementos.
  + Asegúrese de hacer todas las preguntas que tenga. Sus médicos y otros proveedores deberán explicarle todo de una manera que usted pueda entender. Si hace una pregunta y no entiende la respuesta, vuelva a preguntar.
  + Entienda la función que cumplen su PCP, su Administrador de cuidados y su IDT en proveer sus cuidados y coordinar los servicios de cuidado de salud que usted pueda necesitar.
  + Participe con su IDT en el desarrollo de su Plan de vida y mantenga sus citas o notifíquele a su Administrado de cuidados o a su IDT si no puede ir a su cita.
* **Sea considerado.** Esperamos que todos nuestros Participantes respeten los derechos de los demás Participantes. También esperamos que usted se comporte de manera respetuosa en el consultorio de su PCP, hospitales, en los consultorios de otros proveedores y cuando se relacione con los empleados de <plan name>.
* [Plan may edit as needed to reflect the costs applicable to their Participants.] **Pague lo que deba.** Como Participante de<plan name>, usted es responsable de pagar el costo total de todos los servicios, artículos o medicamentos que no están cubiertos por el plan.
  + Si usted no está de acuerdo con la decisión del IDT o la decisión de <plan name> de no cubrir un servicio, artículo o medicamento, puede presentar una apelación. Lea el Capítulo 9 [*plan may insert reference, as applicable*] para saber cómo presentar una apelación.
* **Infórmenos si se muda.** Si va a mudarse, es importante que nos avise inmediatamente. Llame a Servicios al participante.
  + **Si se muda afuera de nuestra área de servicio, no puede permanecer en este plan.** Solo las personas que viven en nuestra área de servicio pueden tener <plan. name>.El Capítulo 1 [plan may insert reference, as applicable] le informa sobre cuál es nuestra área de servicio.
  + New York Medicaid Choice puede ayudarle a determinar si usted se está mudando fuera de nuestra área de servicio y ayudarle a identificar una cobertura alternativa de Medicare y Medicaid.
  + Cuando se mude, también asegúrese de avisarle a Medicare y Medicaid su nueva dirección. Lea el Capítulo 2 [plan may insert reference, as applicable] y allí encontrará los números de teléfono de Medicare y Medicaid.
  + **Si usted se muda pero permanece dentro denuestra área de servicio, también debemos saberlo.** Necesitamos mantener su expediente de participación actualizado y saber cómo comunicarnos con usted.
* Avísenos si ocurre algún cambio en su información personal, incluyendo sus ingresos o bienes**.** Usted debe proveerle a <plan name> información completa y precisa.
  + Es importante que nos avise inmediatamente si hay un cambio en su información personal como su número de teléfono, dirección, estado civil, adiciones a su familia, elegibilidad u otros seguros para la cobertura de su salud.
  + Si cambian sus bienes en cuentas bancarias, el efectivo, certificados de depósito, acciones, pólizas de seguro de vida, o si ocurre cualquier otro cambio de bienes, avísele a Servicios al participante y al estado de New York.
* Llame a Servicios al participante si necesita ayuda, tiene preguntas o inquietudes. Avísenos inmediatamente sobre cualquier problema que tenga.