Capítulo 8: Sus derechos y responsabilidades

Introducción

En este capítulo, encontrará notificaciones legales que aplican a su membresía en <plan name> y sus derechos y responsabilidades como miembro del plan. Nosotros debemos respetar sus derechos. Términos clave y sus definiciones se encuentran en orden alfabético en el último capítulo del *Manual de miembro*.

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

[Plans should refer members 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.]

[*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 Contenido

[A. Notificaciones legales 3](#_Toc47096603)

[A1. Notificaciones sobre las leyes 3](#_Toc47096604)

[A2. Notificación sobre no discriminación 3](#_Toc47096605)

[A3. Notificación sobre Medicare como segundo pagador 3](#_Toc47096606)

[B. Su derecho a obtener información de una manera que se adapte a sus necesidades 3](#_Toc47096607)

[C. Nuestra responsabilidad de asegurarnos de que obtenga acceso oportuno a los servicios y medicamentos cubiertos 4](#_Toc47096608)

[D. Nuestra responsabilidad de proteger su información médica personal (PHI, por sus siglas en inglés) 5](#_Toc47096609)

[D1. Cómo protegemos su PHI 6](#_Toc47096610)

[D2. Usted tiene derecho a ver sus expedientes médicos 6](#_Toc47096611)

[E. Nuestra responsabilidad de darle información sobre el plan, sus proveedores de la red y los servicios cubiertos para usted 7](#_Toc47096612)

[F. La incapacidad de proveedores de la red para cobrarle directamente 8](#_Toc47096613)

[G. Su derecho a obtener su cobertura de Medicare y la Parte D de Medicare Original u otro plan de Medicare, en cualquier momento, pidiendo un cambio 8](#_Toc47096614)

[H. Su derecho a decidir sobre su cuidado de salud 9](#_Toc47096615)

[H1. Su derecho a conocer sus opciones de tratamiento y a decidir sobre su cuidado de salud 9](#_Toc47096616)

[H2. Su derecho a decir qué quiere que ocurra si usted no puede tomar decisiones sobre su cuidado de salud 10](#_Toc47096617)

[H3. Qué hacer si no se siguen sus instrucciones 11](#_Toc47096618)

[I. Su derecho a presentar quejas y a pedirnos que reconsideremos decisiones que ya tomamos 11](#_Toc47096619)

[I1. Qué hacer si cree que lo están tratando de forma injusta o si desea más información sobre sus derechos 12](#_Toc47096620)

[J. Sus responsabilidades como miembro del plan 12](#_Toc47096621)

# A. Notificaciones legales

## A1. Notificaciones sobre las leyes

Varias leyes se aplican a este *Manual del miembro*. Estas leyes pueden afectar sus derechos y responsabilidades, incluso si las leyes no fueron incluidas o explicadas en este manual. Las principales leyes que se aplican a este manual, son las leyes federales sobre los programas de Medicare y Medicaid y las leyes estatales sobre el programa de Medicaid. Es posible que otras leyes federales y estatales también se apliquen.

## A2. Notificación sobre no discriminación

Cada compañía o agencia que funciona con Medicare y Medicaid debe cumplir con las leyes que lo protegen contra la discriminación o el trato injusto. No lo discriminamos ni tratamos de forma diferente por su edad, experiencia en reclamos, color, etnia, evidencia de asegurabilidad, género, información genética, ubicación geográfica dentro del área de servicio, estado de salud, antecedentes médicos, discapacidad mental o física, origen nacional, raza, religión o sexo. [Plans may add language describing additional categories covered under state human rights laws.]

Si quiere más información o tiene alguna duda sobre discriminación o trato injusto:

* Llame al Departamento de Salud y Servicios Humanos, Oficina de Derechos Civiles al 1-800-368-1019. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-800-537-7697. También puede visitar <http://www.hhs.gov/hipaa/for-individuals/spanish> para obtener más información.
* Llame a su Oficina de Derechos Civiles local. [*Plans insert contact information for the local office.*]

Si tiene una discapacidad y necesita ayuda para acceder a servicios de cuidado de salud o a un proveedor, llame al Servicio al miembro. Si tiene una queja, como un problema de acceso con silla de ruedas, el Servicio de atención al miembro puede ayudarle.

## A3. Notificación sobre Medicare como segundo pagador

Algunas veces un tercero debe pagar primero por los servicios que le prestamos. Por ejemplo, si sufre un accidente automovilístico o si se lesiona en el trabajo, el seguro o la compensación por accidentes de trabajo tiene que pagar primero.

Tenemos el derecho y la responsabilidad de cobrar los servicios de Medicare cubiertos de los cuales Medicare no es el primer pagador.

# B. Su derecho a obtener información de una manera que se adapte a 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.]

Cada año que usted está en nuestro plan, debemos avisarle sobre los beneficios del plan y sus derechos de una manera que usted pueda entender.

* Para obtener información de una manera que pueda entender, llame a Servicios al miembro. Nuestro plan tiene personas que pueden responder preguntas en diferentes idiomas.
* Nuestro plan también puede darle materiales [Plans must insert if they are required to provide materials in any non-English languages: en idiomas que no son inglés y] en formatos como letras grandes, braille o audio. [Plans must specifically state which languages are offered. 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*]
* Si tiene problemas para obtener información de nuestro plan 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. También puede llamar a la Línea de ayuda de Ohio Medicaid al 1-800-324-8680, de lunes a viernes de 7:00 am a 8:00 pm y los sábados de 8:00 am a 5:00 pm. Los usuarios de TTY deben llamar al 7-1-1.

# C. Nuestra responsabilidad de asegurarnos de que obtenga acceso oportuno a los servicios y medicamentos cubiertos

[Plans 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 miembro de nuestro plan:

* Usted tiene el derecho a recibir todos los servicios que <plan name> debe proveer y a elegir el proveedor que le preste cuidado cuando sea posible y apropiado.
* Usted tiene el derecho a que otras personas no lo oigan o vean cuando está recibiendo cuidado médico.
* Usted tiene derecho a elegir a su proveedor de cuidado primario (PCP) en la red del plan. Un proveedor de la red es un proveedor que trabaja con el plan de salud. Puede encontrar más información sobre cómo elegir un PCP en el Capítulo 3 [*plan may insert reference, as applicable*].
  + Llame a Servicios al miembro 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 ir a ver un especialista en salud femenina en la red, por servicios de salud femenina cubiertos, sin tener que obtener un referido. Un referido es una aprobación de su PCP para visitar a un médico que no es su PCP.
* Usted tiene derecho a obtener servicios cubiertos de proveedores de la red en un tiempo razonable.
  + Esto incluye el derecho a obtener servicios oportunos de especialistas.
* Usted tiene derecho a recibir servicios de emergencia o cuidado necesario de urgencia sin una autorización previa.
* Usted tiene derecho a que sus recetas sean surtidas sin demoras largas en cualquiera de las farmacias de nuestra red.
* Usted tiene derecho a saber cuándo puede ver a un proveedor fuera de la red. Para saber sobre proveedores fuera de la red, lea el Capítulo 3 [plans may insert reference, as applicable].

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

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

Nosotros protegemos su información médica personal (PHI, por sus siglas en inglés) tal como lo exigen las leyes federales y estatales.

* Su PHI incluye la información que usted nos dio cuando se inscribió en este plan. También incluye sus expedientes médicos y otra información médica y de salud.
* Usted tiene el derecho a contar con el manejo confidencial de la información relacionada con sus diagnósticos, tratamientos, pronósticos e historial médico y social.
* Usted tiene derecho a recibir información y a controlar la forma en que se usa su PHI. Le enviaremos un aviso por escrito para informarle sobre estos derechos. Este aviso se llama “Aviso de prácticas de privacidad”. En el aviso también se explica la forma en que protegemos la privacidad de su PHI.

## D1. Cómo protegemos su PHI

Usted tiene el derecho a recibir información sobre su salud. Esta información también puede estar disponible para alguna persona a la que usted haya autorizado legamente para recibir dicha información o alguien que usted pidió que sea contactado en caso de emergencia cuando no es en el mejor interés para su salud que usted reciba esta información.

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 PHI a instituciones gubernamentales que estén verificando nuestra calidad de cuidado.
* Debemos darle a Medicare su PHI. Si Medicare revela su PHI con fines de investigación u otros fines, se hará de acuerdo con las leyes federales. [Plans may insert similar information about sharing *medical records with Medicaid as appropriate.*]

## D2. Usted tiene derecho a ver sus expedientes médicos

Usted tiene derecho a ver sus expedientes médicos y a obtener una copia de sus expedientes. Se nos permite cobrarle por hacer una copia de sus expedientes médicos si su solicitud no es para transferir los expedientes a un nuevo proveedor.

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 miembro.

[Plans may insert custom privacy practices.]

# E. Nuestra responsabilidad de darle información sobre el plan, sus proveedores de la red y los servicios cubiertos para usted

[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 <plan name>, usted tiene derecho a pedirnos información. Si no habla inglés, tenemos servicios gratuitos de intérpretes para responder a cualquier pregunta que usted pudiera tener sobre nuestro plan de salud. Para obtener los servicios de un intérprete, llámenos al <phone number>. Este servicio es gratuito. [Plans 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 letras grandes, braille o audio. [If applicable, plans should insert information about the availability of written materials in other formats.]

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

* Cómo elegir o cambiar de planes
* Nuestro plan, incluyendo pero no limitado a:
  + Información financiera
  + Cómo ha sido calificado el plan por los miembros del plan
  + Cuántas apelaciones han hecho los miembros
  + Cómo retirarse del plan
* Nuestros proveedores de la red y las farmacias de nuestra red, incluyendo:
  + Cómo elegir o cambiar sus proveedores de cuidado primario (PCP). Usted puede cambiar su PCP por otro PCP de la red [*insert how frequently a member may change their PCP (must be at least monthly)*]. Debemos enviarle algo por escrito diciéndole quien es su nuevo PCP y la fecha en que se hizo el cambio.
  + Credenciales de nuestros 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 del plan, lea el *Directorio de proveedores y farmacias*. Para obtener información más detallada sobre nuestros proveedores y farmacias, llame a Servicios al miembro o vaya a nuestro sitio web <web address>.
* Servicios y medicamentos cubiertos y sobre las reglas que usted debe seguir, incluyendo:
  + Los servicios y medicamentos cubiertos por el plan
  + Los límites de su cobertura y de sus medicamentos
  + Las reglas que debe seguir para obtener servicios y medicamentos cubiertos
* Por qué algo no está cubierto y qué puede hacer al respecto, incluyendo pedirnos que:
  + Expliquemos por escrito por qué el medicamento o servicio no está cubierto
  + Cambiemos una decisión que hayamos tomado
  + Paguemos una factura que usted recibió

# F. La incapacidad de proveedores de la red para cobrarle directamente

Los médicos, hospitales y otros proveedores de nuestra red no pueden hacer que usted pague por los servicios cubiertos. Tampoco pueden cobrarle a usted si les pagamos menos de lo que nos cobraron. Para saber qué hacer si un proveedor trata de cobrarle por servicios cubiertos, lea el Capítulo 7 [plans may insert reference, as applicable].

# G. Su derecho a obtener su cobertura de Medicare y la Parte D de Medicare Original u otro plan de Medicare, en cualquier momento, pidiendo un cambio

* Usted tiene el derecho a recibir sus servicios de cuidado de salud de Medicare a través de Medicare Original o un plan Medicare Advantage.
* Usted puede obtener sus beneficios de medicamentos de receta de la Parte D de Medicare de un plan de medicamentos de receta o un plan Medicare Advantage.
* Consulte el Capítulo 10 [*plan may insert reference, as applicable*] para más información sobre cómo puede unirse a un nuevo plan Medicare Advantage o de medicamentos de receta.
* Usted debe seguir recibiendo sus servicios de Medicaid a través de un plan de MyCare Ohio.

Si quiere cambiar, puede llamar a la Línea de ayuda de Ohio Medicaid al 1-800-324-8680 (los usuarios de TTY deben llamar al 7-1-1), de lunes a viernes, de 7:00 am a 8:00 pm y los sábados de 8:00 am a 5:00 pm. Las llamadas a este número son gratuitas.

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

## H1. Su derecho a conocer sus opciones de tratamiento y a decidir sobre su cuidado de salud

Usted tiene derecho a obtener información completa de sus médicos y otros proveedores de cuidado de salud cuando reciba servicios. Sus proveedores deben explicarle su enfermedad y sus opciones de tratamiento de una manera que usted pueda entender. Usted tiene el derecho a:

* **Conocer sus opciones.** Usted tiene derecho a que se le informe sobre todos los tipos de tratamiento, provisto de una manera apropiada a su condición y capacidad de comprender.
* **Conocer los riesgos** y a que le informen sobre los riesgos que tienen sus servicios o tratamientos.
  + 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.
* **Pedir una segunda opinión** al visitar a otro proveedor acreditado de la red antes de tomar una decisión sobre un tratamiento.
  + Si no tenemos disponible otro proveedor acreditado de la red, arreglaremos una visita con un proveedor fuera de la red, sin costo alguno para usted.
* **Decir que “no”** y rechazar cualquier tratamiento o terapia.
  + Esto incluye el derecho a:
  + abandonar un hospital u otra institución médica, incluso si su doctor le aconseja que no lo haga.
  + dejar de tomar un medicamento.
  + Si usted rechaza un tratamiento, terapia o deja de tomar un medicamento, el médico o <plan name> debe explicarle que puede pasar y debe poner una nota en su expediente médico.
  + Si usted rechaza un tratamiento o deja de tomar un medicamento, no lo quitarán del plan.
  + 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** y a que le demos una explicación si un proveedor le negó un cuidado que usted cree que debería recibir.
* **Pedirnos que cubramos un servicio o medicamento que le fue negado o que normalmente no está cubierto.** Eso se llama "decisión de cobertura". El Capítulo 9 [plans may insert reference, as applicable] dice cómo pedir una decisión de cobertura del plan.
* **Conocer los roles específicos de un estudiante practicante** y a negarse a recibir tratamiento de un estudiante.

## H2. Su derecho a decir qué quiere que ocurra si usted no puede tomar decisiones sobre su cuidado de salud

[**Note:** Plans must insert the language in the “You Have the Right” document located on the Ohio Department of Medicaid website, resources section ([*medicaid.ohio.gov/RESOURCES/Publications/MedicaidForms.aspx*](http://medicaid.ohio.gov/RESOURCES/Publications/MedicaidForms.aspx)) verbatim in this section.]

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 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 testamento en vida y un poder legal para cuidados de salud.

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 médico, 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 [*plans should insert examples of those organizations*] también tengan formularios de directivas anticipadas. [*Insert if applicable:* Usted también puede comunicarse con Servicios al miembro para pedir los formularios.] El formulario también está disponible en el siguiente sitio web: [www.proseniors.org/advance-directives/](http://www.proseniors.org/advance-directives/).
* **Llene y firme el formulario.** El formulario es un documento legal. Debería considerar pedirle a un abogado que le ayude a llenarlo.
* **Déles copias a las personas que tienen que saber sobre el formulario.** Usted debería darle una copia del formulario a su médico. 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.

## H3. Qué hacer si no se siguen sus instrucciones

Si usted firmó una directiva anticipada y cree que un médico u hospital no siguió las instrucciones que contiene, puede presentar una queja llamando al Departamento de salud de Ohio al 1-800-342-0553 o envíe un email a [HCComplaints@odh.ohio.gov](mailto:HCComplaints@odh.ohio.gov).

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

El Capítulo 9 [plans 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 de cobertura, presentar una apelación para que cambiemos una decisión de cobertura o presentar una queja. Le enviaremos también un aviso sobre cuándo puede hacer una apelación directamente ante la Oficina de audiencias del departamento de trabajo y servicios de familia de Ohio.

Usted tiene derecho a obtener información sobre apelaciones y quejas que otros miembros hayan presentado en contra de nuestro plan. Para obtener esta información, llame a Servicios al miembro.

## I1. Qué hacer si cree que lo están tratando de forma injusta o si desea más información sobre sus derechos

Usted es libre de ejercer todos sus derechos sabiendo que <plan name>, nuestra red de proveedores, Medicare, y el Departamento de Ohio Medicaid no los usarán en su contra.

Si cree que le han tratado de forma injusta, y **no** se trata de discriminación por los motivos indicados en la Sección A2 de este capítulo, o desea más información sobre sus derechos, puede obtener ayuda llamando a:

* Servicios al miembro.
* La Línea de ayuda al consumidor de Ohio Medicaid al 1-800-324-8680 (los usuarios de TTY deben llamar al 7-1-1), de lunes a viernes de 7:00 am a 8:00 pm y los sábados de 8:00 am a 5:00 pm. Las llamadas a este número son gratuitas.
* 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 [www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-S-Medicare-Rights-and-Protections.pdf](http://www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-S-Medicare-Rights-and-Protections.pdf).)
* El Ombudsman de MyCare Ohio en la Oficina del Ombudsman Estatal de Atención a Largo Plazo al 1-800-282-1206, de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. Consulte el Capítulo 2 [plans may insert reference, as applicable] para obtener más información sobre esta organización.

# J. Sus responsabilidades como miembro del plan

[Plans may modify this section to include additional member responsibilities (with the exception of prior authorization requirements stipulated in the Member Handbook, the plan cannot establish any member responsibilities which would preclude the plan’s coverage of a Medicaid-covered service). Plans may add information about estate recovery and other requirements mandated by the state.]

Como miembro del plan, usted tiene la responsabilidad de hacer lo que se indica a continuación. Si tiene alguna pregunta, llame a Servicios al miembro.

* **Lea el *Manual del miembro*** para saber qué está cubierto y qué reglas debe seguir para obtener los servicios y medicamentos cubiertos.Para obtener detalles sobre:
  + Servicios cubiertos, lea los Capítulos 3 y 4 [*plans 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 [*plans 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 esté usando todas sus opciones de cobertura cuando reciba cuidados de salud. Llame a Servicios al miembro si usted tiene otra cobertura.
* **Informe a su médico y a otros proveedores de cuidado de salud** que usted está inscrito en nuestro plan. Muestre su tarjeta de identificación de miembro cada vez que reciba servicios o medicamentos.
* **Ayude a sus médicos** y a otros proveedores de cuidado de salud a darle el mejor cuidado.
  + Entrégueles la información que necesiten 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 sus médicos y otros proveedores sepan sobre todos los medicamentos que usted esté tomando. Esto incluye medicamentos de receta, medicamentos de venta sin receta médica, 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.
* **Sea amable.** Esperamos que todos nuestros miembros respeten los derechos de los demás pacientes. También esperamos que usted se comporte de manera respetuosa en el consultorio de su médico, hospitales y en los consultorios de otros proveedores.
* [Plans may edit as needed to reflect the costs applicable to their members.] **Pague lo que deba.** Como miembro del plan, usted es responsable de pagar:
  + Las cuotas de la Parte A y la Parte B de Medicare. Para la mayoría de los miembros de <plan name>, Medicaid pagará la cuota de su Parte A y la cuota de su Parte B. Si usted paga su cuota de la Parte A y/o la Parte B y piensa que Medicaid debería haberla pagado, puede contactarse con el Departamento de trabajo y servicios de familia del condado, para asistencia.
  + [Delete this bullet if the plan does not have any cost sharing for drugs:] Para algunos medicamentos cubiertos por el plan, usted tendrá que pagar su parte del costo cuando reciba el medicamento. Esto será un copago (una cantidad fija). El Capítulo 6 [plans may insert reference, as applicable] dice lo que deberá pagar por sus medicamentos.
  + **Si usted recibe servicios o medicamentos que no están cubiertos por nuestro plan, usted deberá pagar por el servicio o medicamento.** Si usted no está de acuerdo con nuestra decisión de no cubrir un servicio o medicamento, puede presentar una apelación. Lea el Capítulo 9 [plans 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 miembro.
  + **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 [plans may insert reference, as applicable] le informa sobre cuál es nuestra área de servicio.
  + Le ayudaremos a determinar si usted 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, usted podrá cambiarse a Medicare Original o inscribirse en un plan de salud o de medicamentos de receta en su nueva área. Le podemos avisar si tenemos un plan allí.
  + Tampoco se olvide de avisarle a Medicare y Medicaid sobre su nueva dirección. Lea el Capítulo 2 [plans may insert reference, as applicable] y allí encontrará los números de teléfono de Medicare y Medicaid.
  + **Si usted se muda pero permanece dentro de nuestra área de servicio, también debemos saberlo.** Necesitamos mantener su expediente actualizado y saber cómo comunicarnos con usted. Lea la Sección K en el Capítulo 1 para obtener más información. También debe avisarle a su Trabajador social del condado localizado en el Departamento de trabajo y servicios de familia local.
* Si tiene preguntas o inquietudes, llame a Servicios al miembro.