Capítulo 8: Sus derechos y responsabilidades

Introducción

En este capítulo, encontrará sus derechos y responsabilidades como miembro de nuestro plan. Nosotros debemos respetar sus derechos. Los términos clave y sus definiciones se encuentran en orden alfabético en el último capítulo del *Manual del miembro*.

[**Note:** 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 members to other parts of the handbook using the appropriate chapter number, section, and/or page number. For example, "refer to Chapter 9, Section A, page 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 contenidos

[A. Su derecho a obtener información de una manera que se adapte a sus necesidades 3](#_Toc76498440)

[B. Nuestra responsabilidad de asegurarnos de que obtenga acceso oportuno a los servicios y medicamentos cubiertos 3](#_Toc76498441)

[C. Nuestra responsabilidad de proteger su información médica personal (PHI) 4](#_Toc76498442)

[C1. Cómo protegemos su PHI 5](#_Toc76498443)

[C2. Usted tiene derecho a ver sus expedientes médicos 5](#_Toc76498444)

[D. Nuestra responsabilidad de darle información sobre el plan, sus proveedores de la red y los servicios cubiertos para usted 5](#_Toc76498445)

[E. Programa de mejoramiento de la calidad de <plan name> 7](#_Toc76498446)

[F. Inhabilidad de los proveedores de la red para cobrarle directamente 7](#_Toc76498447)

[G. Su derecho a retirarse del plan 7](#_Toc76498448)

[H. Su derecho a decidir sobre su cuidado de salud 7](#_Toc76498449)

[H1. Su derecho a conocer sus opciones de tratamiento y a decidir sobre su cuidado de salud 7](#_Toc76498450)

[H2. Su derecho a decir qué quiere que ocurra si usted no puede tomar decisiones sobre su cuidado de salud 8](#_Toc76498451)

[H3. Qué hacer si no se siguen sus instrucciones 9](#_Toc76498452)

[I. Su derecho a presentar quejas y a pedirnos que reconsideremos decisiones que ya tomamos 9](#_Toc76498453)

[I1. Qué hacer si cree que lo están tratando de forma injusta o desea más información sobre sus derechos 10](#_Toc76498454)

[J. Sus responsabilidades como miembro del plan 10](#_Toc76498455)

[K. Qué hacer si sospecha de la existencia de fraude 12](#_Toc76498456)

# 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 members. Plan may not edit references to language except as noted below.]

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

Tenemos la obligación de avisarle sobre los beneficios del plan, su salud, sus opciones de tratamiento y sus derechos de una manera que usted pueda entenderlo. Tenemos la obligación de avisarle cuáles son sus derechos cada año que usted esté en nuestro plan.

* 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 [plan 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. [Plan must specifically state which languages are offered. *Plan also must simply describe:*
* *how it will request a member’s preferred language other than English and/or alternate format,*
* *how it 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 su 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. [Plan should insert information about filing a complaint with Medicaid.]

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

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

Como miembro de nuestro plan:

* Usted tiene derecho a elegir un 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. Para obtener más información sobre cómo elegir un PCP, consulte 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 la red y cuáles médicos están aceptando nuevos pacientes.
* [Plan may edit this sentence to add other types of providers that members may use without a referral.] Usted tiene derecho a hacer una consulta con un proveedor de salud del comportamiento o un especialista en salud de la mujer sin tener que obtener un referido. Un referido es una aprobación de su PCP para acudir a alguien que no sea su PCP. [If applicable, replace the previous sentences with: No le exigimos que obtenga referidos. **or** No le exigimos que visite proveedores de la red.]
* Usted tiene derecho a obtener servicios cubiertos de proveedores de la red en un tiempo razonable.
* Esto incluye el derecho a obtener servicios de especialistas a tiempo.
* Si no puede recibir los servicios en un tiempo razonable, tenemos que pagar el cuidado fuera de la red.
* 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 la red.
* Usted tiene derecho a saber cuándo puede acudir a un proveedor fuera de la red. Para obtener información sobre proveedores fuera de la red, consulte el Capítulo 3 [plan may insert reference, as applicable].

Para obtener información sobre lo que puede hacer si no está recibiendo sus servicios o medicamentos en un plazo de tiempo razonable, consulte el Capítulo 9 [plan may insert reference, as applicable]. Para obtener más información sobre qué puede hacer si le negamos cobertura para sus servicios o medicamentos y usted no está de acuerdo con nuestra decisión, consulte el Capítulo 9 [plan may insert reference, as applicable].

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

Nosotros protegemos su información médica personal (PHI) 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 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.

## C1. Cómo protegemos su PHI

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

En la mayoría de los casos, no le daremos su información médica a personas que no estén proporcionándole cuidado o pagando por este. 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 la calidad de nuestro 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. [Plan may insert similar information about sharing medical records with Medicaid as appropriate.]

## 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. Se nos permite cobrarle por hacer una copia de sus expedientes médicos.

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 cambios.

Usted tiene derecho a saber si su información médica personal (PHI) ha sido compartida con otros y cómo se ha hecho.

Si tiene alguna pregunta o inquietud sobre la privacidad de su PHI, llame a Servicios al miembro.

[The plan may insert custom privacy practices.]

# Nuestra responsabilidad de darle información sobre el plan, sus 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 members and/or languages primarily spoken in the plan’s service area.]

Como miembro de <plan name>, 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 <toll-free number>. Este es un servicio gratuito. [Plan must insert information about the availability of written materials in languages other than English, stating specifically what languages are offered.] También puede pedir información en formatos como letras grandes, braille o audio. [If applicable, 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 miembro:

* Nuestro plan, incluyendo:
* Información financiera
* Cómo ha sido calificado el plan por los miembros del plan
* Cuántas apelaciones han hecho los miembros
* Cómo dejar del plan
* Nuestros proveedores y farmacias de la red, incluyendo:
* Cómo elegir o cambiar los proveedores de cuidado primario
* Certificaciones los proveedores y farmacias de la red
* Cómo pagamos a los proveedores de nuestra red
* Para ver una lista de proveedores y farmacias de la red del plan, consulte 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 reglas que debe seguir, entre ellas:
* Servicios y medicamentos cubiertos por el plan
* Limitaciones a su cobertura y medicamentos
* Reglas que debe seguir para conseguir servicios y medicamentos cubiertos
* Por qué un medicamento o servicio 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

# Programa de mejoramiento de la calidad de <plan name>

[*Plan should insert clear, concise information about its quality improvement program.*]

# Inhabilidad de los proveedores de la red para cobrarle directamente

Los médicos, hospitales y otros proveedores no pueden hacer que usted pague por los servicios cubiertos. Tampoco pueden cobrarle si nosotros pagamos menos de lo que nos facturaron. La única excepción es si usted está recibiendo servicios y respaldos a largo plazo (LTSS) y Rhode Island Medicaid informa que usted tiene que pagar parte del costo de esos servicios. Esto se denomina “costo compartido” y Rhode Island Medicaid determina la cantidad. Para obtener información sobre qué hacer cuando un proveedor de la red trata de cobrarle por servicios cubiertos, consulte el Capítulo 7 [plan may insert reference, as applicable].

# Su derecho a retirarse del plan

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

* Usted tiene derecho a recibir la mayor parte de sus servicios de cuidado de salud a través de Medicare Original o de un plan Medicare Advantage.
* Usted puede obtener sus beneficios de medicamentos de receta de la Parte D de Medicare de un plan de beneficios de medicamentos de receta o de un plan Medicare Advantage.
* Para obtener más información sobre cuándo puede inscribirse en un nuevo plan Medicare Advantage o de medicamentos de receta, consulte el Capítulo 10 [plan may insert reference, as applicable].
* Si se retira de nuestro plan, obtendrá sus servicios de Medicaid directamente a través de un programa de pago por servicio (FFS) de Medicaid Rhode Island. Para obtener más información sobre el FFS de Rhode Island Medicaid, llame al <phone number>, <days and hours of operation>.

# 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. Su proveedor debe 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 tratamientos para su estado de salud.
* **Conocer los riesgos.** Usted tiene derecho 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.** Tiene derecho a acudir a otro proveedor antes de tomar una decisión sobre su tratamiento.
* **Decir que “no”.** Usted tiene derecho a rechazar cualquier tratamiento. Esto incluye el derecho de retirarse de un hospital u otro centro médico, incluso si su médico 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 echarán 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.** Usted tiene derecho 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”. Para obtener información sobre cómo solicitar una decisión de cobertura, consulte el Capítulo 9 [plan may insert reference, as applicable].

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

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

A veces las personas no pueden tomar decisiones sobre su 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**.
* **Darle a su proveedor 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 proveedor, 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. [Insert if applicable: Usted también puede comunicarse con Servicios al miembro para pedir los formularios.]
* **Rellene y firme el formulario.** El formulario es un documento legal. Debería considerar pedirle a un abogado que le ayude a llenarlo.
* **Entregue copias a las personas que deben saber sobre el formulario.** Debería darle una copia del formulario a su proveedor. 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 lo 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 decisión suya.

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

Si firmó una directiva anticipada y cree que un proveedor u hospital no siguió las instrucciones que contiene, puede presentar una queja ante [plan should insert the name and contact information of the applicable state-specific agency (such as the State Department of Health)].

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

Para obtener información sobre qué hacer si usted tiene problemas o inquietudes sobre su cuidado o servicios cubiertos, consulte el Capítulo 9 [plan may insert reference, as applicable]. Por ejemplo, usted podría pedirnos que tomemos una decisión de cobertura, presentar una apelación para que cambiemos una decisión de cobertura o presentar una queja.

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 desea más información sobre sus derechos

Si cree que lo han tratado de forma injusta, y **no** se 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 miembro.
* The POINT al 1-401-462-4444 (TTY 711). The POINT ofrece información y referidos para programas y servicios para personas de la tercera edad, adultos con discapacidades y sus cuidadores.
* Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Disponible 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 el documento “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 defensor del cuidado de salud de RIPIN. Para obtener información acerca de esta organización y cómo comunicarse con ellos, consulte el Capítulo 2 [plan may insert reference, as applicable].
* La Alianza para un mejor cuidado a largo plazo. Para obtener información acerca de esta organización y cómo comunicarse con ellos, consulte el Capítulo 2 [plan may insert reference, as applicable].

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

# Sus responsabilidades como miembro del plan

[The plan may modify this section to include additional member responsibilities. Plan 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.
* Servicios cubiertos, consulte 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, consulte 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 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 completa y exacta 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 entenderlo. 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.
* [Plan may edit as needed to reflect the costs applicable to their members.] **Pague lo que debe.** Como miembro del plan, usted es responsable de pagar:
* Las primas de la Parte A y la Parte B de Medicare. Para la mayoría de los miembros de <plan name>, Medicaid pagará la prima de su Parte A y la prima de su Parte B.
* [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 or drugs: servicios y respaldos a largo plazo [o medicamentos]] cubiertos por el plan, usted deberá pagar su parte del costo cuando reciba el [insert if the plan has cost sharing for services: servicio [o medicamento]]. Esto será un [insert as appropriate: copago (una cantidad fija) **or** coseguro (un porcentaje del costo total)]. [Insert if the plan has cost sharing for long-term services and supports: En el Capítulo 4, [plan may insert reference, as applicable] se menciona lo que deberá pagar por los servicios y respaldos a largo plazo.] En el Capítulo 6, [plan may insert reference, as applicable] se indica lo que deberá pagar por los medicamentos.
* Si usted recibe LTSS, es posible que tenga que pagar parte del costo de sus servicios. Esto se denomina “costo compartido” y Rhode Island Medicaid determina la cantidad.
* **Si usted recibe servicios o medicamentos que no están cubiertos por nuestro plan, usted deberá pagar el costo total.** Si usted no está de acuerdo con nuestra decisión de no cubrir un servicio o medicamento, puede presentar una apelación. Para obtener información sobre cómo presentar una apelación, consulte el Capítulo 9 [plan may insert reference, as applicable].
* **Infórmenos si se muda.** Si va a mudarse, es importante que nos avise de inmediato. Llame a Servicios al miembro.
* **Si usted se muda a un lugar fuera de nuestra área de servicio, no podrá continuar en este plan.** Solo las personas que viven en nuestra área de servicio pueden acceder a <plan name>. Para obtener información sobre nuestra área de servicio, consulte el Capítulo 1 [plan may insert reference, as applicable].
* Podemos ayudarle a averiguar si se va a mudar fuera de nuestra área de servicio. Durante un Periodo especial de inscripción, puede cambiar al plan Medicare Original o inscribirse en un plan de salud de Medicare o de medicamentos de receta en su nueva dirección.
* Tampoco se olvide de avisar a Medicare y Medicaid su nueva dirección cuando se mude. Para obtener los números de teléfono de Medicare y Medicaid, consulte el Capítulo 2 [plan may insert reference, as applicable].
* **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.
* Si tiene preguntas o inquietudes, llame a Servicios al miembro.

# 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 en la parte inferior de esta página.
* O 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.
* [Plan may also insert additional State-based and plan resources for reporting fraud.]