Capítulo 8: Sus derechos y responsabilidades

Introducción

Este capítulo incluye sus derechos y responsabilidades como miembro de nuestro plan. Nosotros debemos respetar sus derechos. Términos clave y sus definiciones se encuentran en orden alfabético en el último capítulo del *Manual del miembro*.

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

[Plans should refer members to other parts of the handbook using the appropriate chapter number, section, and/or page number. For example, "see Chapter 9, Section A, page 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. Su derecho a obtener información de una manera que se adapte a sus necesidades 3](#_Toc50470802)

[B. Nuestra responsabilidad de tratarlo con respeto, equidad y dignidad en todo momento 4](#_Toc50470803)

[C. Nuestra responsabilidad de asegurar que obtenga acceso oportuno a los servicios y medicamentos cubiertos 5](#_Toc50470804)

[D. Nuestra responsabilidad de proteger su privacidad y su información médica personal (PHI, por sus siglas en inglés) 6](#_Toc50470805)

[D1. Cómo protegemos su PHI 6](#_Toc50470806)

[D2. Usted tiene derecho a ver sus expedientes médicos 7](#_Toc50470807)

[E. Nuestra responsabilidad de darle información sobre el plan, sus proveedores de la red, los servicios cubiertos para usted 7](#_Toc50470808)

[F. La incapacidad de proveedores de la red para cobrarle directamente 8](#_Toc50470809)

[G. Su derecho a abandonar nuestro plan 8](#_Toc50470810)

[H. Su derecho a tomar decisiones sobre su cuidado de salud 9](#_Toc50470811)

[H1. Su derecho a conocer sus opciones de tratamiento y tomar decisiones sobre su cuidado de salud 9](#_Toc50470812)

[H2. Su derecho a decir qué quiere que pase si usted no puede tomar decisiones sobre su cuidado de salud por si mismo 10](#_Toc50470813)

[H3. Qué hacer si sus instrucciones no se siguen 11](#_Toc50470814)

[I. Su derecho a presentar quejas y de pedirnos que reconsideremos decisiones que ya tomamos 11](#_Toc50470815)

[I1. Qué hacer si cree que lo están tratando de forma injusta o desea más información sobre sus derechos 11](#_Toc50470816)

[J. Sus responsabilidades como miembro del plan 12](#_Toc50470817)

[J1. Recuperación del estado 15](#_Toc50470818)

# 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.]

Tenemos la obligación de avisarle sobre los beneficios del plan, su salud y sus opciones de tratamiento y sus derechos, de una manera que usted pueda entenderlo. Tenemos la obligación de avisarle 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 [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 su plan por problemas de idioma o alguna discapacidad y quiere presentar una queja, usted puede llamar a:

* Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Puede llamar 24 horas al día, 7 días a la semana. Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-877-486-2048.
* My Ombudsman al 1-855-781-9898, de lunes a viernes de 9:00 A.M. a 4:00 P.M.
  + Use el 7-1-1 para llamar al 1-855-781-9898. Este número es para personas sordas o con dificultades auditivas o del habla.
  + Use la videollamada (VP) 339-224-6831. Este número es para personas sordas o con dificultades auditivas.
* Centro de servicios al cliente al 1-800-841-2900, de lunes a viernes, de 8:00 A.M. a 5:00 P.M. (TTY: 1-800-497-4648)

# Nuestra responsabilidad de tratarlo con respeto, equidad y dignidad en todo momento

Nuestro plan debe obedecer leyes que le protegen de discriminación o tratamiento injusto. **No discriminamos** contra los miembros por ninguno de los siguientes motivos:

* Apelaciones
* Capacidad mental
* Conducta
* Discapacidad mental o física
* Edad
* Estado de salud
* Etnicidad
* Evidencia de asegurabilidad
* Experiencia con reclamos
* Historial médico
* Identidad sexual
* Información genética
* Orientación sexual
* Origen nacional
* Raza
* Recibo de atención de salud
* Religión
* Sexo
* Ubicación geográfica dentro del área de servicio
* Uso de servicios

Para más información, también puede consultar el Capítulo 11, Sección B, “Notificación sobre no discriminación”.

Usted tiene derecho a recibir una respuesta completa y cortés a sus preguntas e inquietudes.

Usted tiene derecho a ser tratado con respeto y con consideración por su dignidad.

Según las reglas del plan, usted tiene derecho a estar libre de toda restricción o reclusión física, que se pueda usar como medio de coerción, fuerza, disciplina, conveniencia o represalia. (En otras palabras, usted deberá estar libre de ser controlado físicamente o que le tengan aislado, como una manera de obligarle a hacer algo, a castigarle o para facilitar las cosas para los demás.)

Usted tiene derecho de hacer recomendaciones en relación con sus derechos y responsabilidades.

No podemos negarle servicios ni castigarle por ejercer sus derechos.

* Para obtener más información o si le parece que usted podría tener una queja sobre discriminación o porque usted haya recibido un tratamiento injusto, llame a la **Oficina de derechos civiles** del Departamento de salud y servicios humanos al 1-800-368-1019 (TTY: 1-800-537-7697). También puede visitar [www.hhs.gov/hipaa/for-individuals/spanish](http://www.hhs.gov/hipaa/for-individuals/spanish) para obtener más información.
* También puede llamar a su Oficina local de derechos civiles. [Plans 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 miembro. Si usted tiene alguna queja, como un problema con acceso con silla de ruedas, Servicios al miembro puede ayudarle.

# Nuestra responsabilidad de asegurar 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, estos son sus derechos:

* 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. Usted 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 cuáles médicos están aceptando nuevos pacientes.
* [Plans may edit this sentence to add other types of providers that members may see without a referral.] Usted tiene derecho a ir con un especialista en salud de la mujer sin tener que obtener un referido. Un referido es una aprobación de su PCP para visitar a alguien que no es 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 oportunos de especialistas.
* Usted tiene derecho a obtener servicios de emergencia o cuidado de urgencia sin recibir primero una autorización (aprobación previa) en caso de una emergencia.
* Usted tiene derecho a que sus recetas se surtan 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] le 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 le dice qué puede hacer si le negamos cobertura para sus servicios o medicamentos y usted no está de acuerdo con nuestra decisión.

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

Usted tiene derecho a tener privacidad durante el tratamiento y a esperar confidencialidad de todos los expedientes y comunicaciones.

Protegemos su información médica personal (PHI, por sus siglas en inglés) según lo requieren las leyes federales y del estado.

* 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 la PHI. Le daremos un aviso por escrito que le informa sobre estos derechos. El aviso se llama “Aviso de prácticas de privacidad.” El aviso también explica la forma en que protegemos la privacidad de su PHI.

## D1. Cómo protegemos su PHI

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

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

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 organismos gubernamentales que estén verificando nuestra calidad de cuidado.
* Debemos dar a Medicare y MassHealth su PHI. Si Medicare revela su PHI para fines de investigación u otros, se hará de acuerdo con las leyes federales. Si MassHealth da a conocer su PHI para fines de investigación u otros, se hará de acuerdo con las leyes federales y del estado.

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

* Usted tiene derecho a examinar sus expedientes médicos y a obtener una copia de su expediente. Se nos permite cobrarle por hacer una copia de su expediente médico.
* Usted tiene derecho a pedirnos que actualicemos o corrijamos su expediente médico. Si nos pide hacer esto, trabajaremos con su proveedor de cuidado de salud para decidir si se deberían hacer los cambios.
* Usted tiene derecho a saber si su PHI se ha compartido con otros y cómo se ha hecho.

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

[Plans may insert custom privacy practices.]

# Nuestra responsabilidad de darle información sobre el plan, sus proveedores de la red, 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 obtener de nosotros información y actualizaciones oportunos sobre su plan. Si usted no habla inglés, debemos darle sin costo la información en un idioma que usted entienda. [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 sin costo en letras grandes, braille, audio, cortos de video en Idioma de señas y de otras maneras. [If applicable, plans should insert information about the availability of written materials in other formats.]

Llame a Servicios al miembro, si desea información sobre lo siguiente:

* Nuestro plan, incluyendo:
* Qué información financiera está disponible,
* Cómo clasificaron el plan los miembros del plan,
* Cuántas apelaciones han hecho nuestros miembros, **y**
* Cómo abandonar el plan.
* Nuestros proveedores de la red y las farmacias de nuestra red, incluyendo:
* Cómo elegir o cambiar sus [insert as appropriate: médicos **or** proveedores] de cuidado primario,
* Cuáles son las certificaciones de nuestros proveedores y farmacias de nuestra red, **y**
* Cómo pagamos a los proveedores de nuestra red.
* Para ver una lista de proveedores y farmacias en 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 en <web address>.
* Servicios cubiertos y medicamentos y sobre reglas que usted debe seguir, incluyendo:
* Servicios y medicamentos cubiertos por el plan,
* Límites a su cobertura y medicamentos, **y**
* Reglas que usted debe seguir para obtener servicios y medicamentos cubiertos.
* Porqué un medicamento o servicio no está cubierto y qué puede hacer al respecto, incluyendo:
* Pedirnos que pongamos por escrito por qué el medicamento o servicio no está cubierto,
* Pedirnos que cambiemos una decisión que tomamos; **y**
* Pedirnos que paguemos una factura que usted recibió.

# 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 cobran. Para saber qué hacer si un proveedor trata de cobrarle por servicios cubiertos, lea el Capítulo 7 [plans may insert reference, as applicable].

# Su derecho a abandonar nuestro plan

Usted tiene derecho a abandonar el plan. Nadie puede obligarle a quedarse en nuestro plan si usted no quiere hacerlo. Puede comunicarse con el Centro de servicios al cliente de MassHealth al 1-800-841-2900 o TTY: 1-800-497-4648 (para personas sordas, con dificultades para oír o hablar) y pedir abandonar el plan. También puede llamar al 1-800-Medicare para inscribirse en un plan Medicare Advantage o de medicamentos de receta o si desea abandonar nuestro plan. Por favor lea el Capítulo 10 para obtener más información sobre cómo abandonar nuestro plan.

Si decide abandonar nuestro plan, podrá acceder a los servicios hasta el final del mes. Por ejemplo, si termina su plan el 5 de septiembre, nuestro plan le cubrirá hasta finalizar el mes de septiembre.

* Si usted sale de nuestro plan, todavía estará en los programas Medicare y MassHealth.
* Usted tiene derecho a obtener la mayor parte de sus servicios de cuidado de salud a través de Medicare Original o un plan Medicare Advantage.
* También tiene derecho de obtener sus beneficios de MassHealth directamente del programa Medicaid de MassHealth.
* Puede obtener sus beneficios de medicamentos de receta de la Parte D de Medicare de un plan de medicamentos de receta o de un plan Medicare Advantage.

# Su derecho a tomar decisiones sobre su cuidado de salud

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

Usted tiene derecho a obtener información completa de sus médicos y otros proveedores de cuidado de salud cuando usted obtiene servicios. También tiene derecho a tener acceso a médicos y otros proveedores que puedan satisfacer sus necesidades. Esto incluye proveedores que puedan satisfacer sus necesidades de cuidado de salud, comunicarse con usted y proporcionarle servicios en ubicaciones a las que puede llegar físicamente. Sus proveedores deben explicarle su enfermedad y sus opciones de tratamiento de una manera que usted pueda entender. También puede elegir que un miembro de la familia o administrador de cuidados participe en sus conversaciones sobre servicios y tratamiento. Tiene el derecho de:

* **Conozca sus opciones.** Usted tiene derecho a que se le expliquen sus necesidades médicas y a que le informen sobre todas las clases de tratamiento disponible para usted, sin importar el costo o la cobertura de beneficios.
* **Conozca los riesgos** Usted tiene derecho a que le informen sobre los riesgos involucrados con 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.
* **Obtener una segunda opinión.** Usted tiene derecho a ver a otro médico antes de tomar una decisión sobre un tratamiento.
* **Decir “no.**” Usted tiene derecho a rechazar cualquier tratamiento. Esto incluye 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 se le expulsará del plan. No obstante, si usted rechaza el tratamiento o deja de tomar un medicamento, usted acepta toda la responsabilidad por lo que le pase.
* **Pedirnos que le expliquemos por qué un proveedor negó el cuidado.** Usted tiene derecho a que le demos una explicación si un proveedor negó un cuidado que a usted le parece que debería recibir.
* **Pedirnos que cubramos un servicio o medicamento que fue negado o que normalmente no está cubierto.** Esto se llama decisión de cobertura. El Capítulo 9 [plans may insert reference, as applicable] le dice cómo pedir una decisión de cobertura al plan.
* **Cambiar sus proveedores.** Usted tiene derecho a cambiar sus proveedores.

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

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

A veces la gente no puede tomar decisiones de cuidado de salud por sí misma. Antes de que esto suceda, usted puede:

* Llene un formulario por escrito para **dar a otra persona derecho a tomar decisiones sobre su cuidado de salud por usted**, **y**
* **Dé a sus médicos instrucciones por escrito** sobre cómo quiere que manejen su cuidado de salud si no puede tomar decisiones por si mismo.

El documento legal que puede usar para dar sus instrucciones se llama una instrucción anticipada. Hay diferentes tipos de instrucciones 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 instrucción 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 dan a la gente información sobre Medicare o Medicaid [plans should insert examples of those organizations] también tengan formularios de instrucción anticipada. [Insert if applicable: Usted también puede comunicarse con Servicios al miembro para pedir los formularios.]
* **Llene y firme el formulario.** El formulario es un documento legal. Usted debería considerar pedir a un abogado que le ayude a llenarlo.
* **Dé copias a las personas que tienen que saber sobre el formulario.** Usted debe dar una copia del formulario a su médico. Usted también debería dar una copia a la persona que nombre para tomar las decisiones por usted. Es posible que también quiera dar copias a amigos cercanos o miembros de su familia. Asegúrese de conservar una copia en casa.
* Si le van a hospitalizar y firmó una instrucción anticipada, **lleve una copia al hospital**.

El hospital le preguntará si firmó un formulario de instrucción anticipada y si la tiene consigo.

Si no firmó un formulario de instrucción anticipada, el hospital tiene formularios disponibles y le preguntará si quiere firmar uno.

Recuerde: llenar una instrucción anticipada es decisión de usted.

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

Si usted firmó una instrucción anticipada y cree que un médico u hospital no siguió las instrucciones que contiene, pude presentar una queja en [plans 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 de pedirnos que reconsideremos decisiones que ya tomamos

El Capítulo 9 [plans may insert reference, as applicable] le dice qué puede hacer si tiene problemas o inquietudes sobre sus servicios o cuidado cubiertos. Por ejemplo, podría pedirnos que tomáramos una decisión de cobertura, presentar una apelación a nosotros para cambiar una decisión de cobertura o presentar una queja.

Usted tiene derecho a obtener información sobre apelaciones y quejas que otros miembros hayan presentado contra 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 le han tratado de forma injusta, y no se trata de discriminación por los motivos indicados en la Sección B de este capítulo, o desea más información sobre sus derechos, puede obtener ayuda llamando a:

* Servicios al miembro a <toll free number>.
* El Programa de Asistencia de Seguro de Salud del Estado (SHIP, State Health Insurance Assistance Program) llamado SHINE (Servimos las necesidades de seguro médico de todos). Para obtener detalles sobre esta organización y cómo comunicarse con ella, lea el Capítulo 2 [plans may insert reference, as applicable].
* Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 horas al día, 7 días a la semana. Los usuarios de TTY deberán llamar al 1‑877‑486‑2048.
* MassHealthal 1-800-841-2900, de lunes a viernes, de 8:00 A.M. a 5:00 P.M. (TTY: 1‑800-497-4648).
* My Ombudsman al 1-855-781-9898 (gratuito), de lunes a viernes de 9:00 A.M. a 4:00 P.M.
  + Use el 7-1-1 para llamar al 1-855-781-9898. Este número es para personas sordas o con problemas auditivos o del habla.
  + Use la videollamada (VP) 339-224-6831. Este número es para personas sordas o con dificultades auditivas.
  + Envíe un email a My Ombudsman a [info@myombudsman.org](mailto:info@myombudsman.org).

My Ombudsman es un programa independiente que puede ayudarle a resolver inquietudes o conflictos con su participación en One Care o su acceso a los beneficios y servicios de One Care.

[If applicable, plans should insert additional contact information.]

# Sus responsabilidades como miembro del plan

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

Como miembro del plan, usted tiene la responsabilidad de hacer lo que se indica a continuación. Si usted 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 sus:
* Servicios cubiertos, lea los Capítulos 3 y 4 [plans may insert reference, as applicable]. Estos capítulos le explican qué está cubierto, qué no está cubierto, qué reglas debe seguir y qué es lo que usted paga.
* Medicamentos cubiertos, lea los Capítulos 5 y 6 [plans may insert reference, as applicable].
* **Díganos sobre cualquier otra cobertura de salud o de medicamentos de receta** que usted tenga.Estamos obligados a asegurarnos de que está usando todas sus opciones de cobertura cuando recibe cuidado de salud**.** Llame a Servicios al miembrosi usted tiene otra cobertura.
* **Hágale saber 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 obtenga servicios o medicamentos.
* **Ayude a sus médicos** y a otros proveedores de cuidado de salud a darle el mejor cuidado.
* Elija un proveedor de cuidado primario.
* Llame a su [insert: proveedor de cuidado primario **or** Coordinador de cuidado de salud **or** other appropriate individual per the plan’s care model] cuando necesite cuidado de salud o en las cuarenta y ocho horas siguientes a cualquier emergencia o tratamiento fuera de la red.
* Entrégueles la información completa y exacta 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 sus médicos y otros proveedores sepan de 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 deben explicarle las cosas de una manera que usted pueda entender. Si usted hace una pregunta y no entiende la respuesta, vuelva a preguntar.
* Entienda la función que cumple su proveedor de cuidado primario, su Coordinador de cuidado de salud y su Equipo para el cuidado de salud al proporcionarle atención y preparar otros servicios de cuidado de salud que usted pudiera necesitar.
* Siga el Plan de cuidados individualizado (ICP, por sus siglas en inglés) que usted y su Equipo para el cuidado de salud hayan acordado.
* Entienda sus beneficios y conozca qué está cubierto y qué es lo que no está cubierto.
* **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, los hospitales, las oficinas de otros proveedores y en su hogar, cuando le visiten sus 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 estos pagos:
* [Delete this bullet if the plan does not have cost sharing:] Usted tiene que pagar su parte del costo de 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 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: El Capítulo 4 [plans may insert reference, as applicable] le dice lo que debe pagar por sus servicios y respaldos a largo plazo.] El Capítulo 6 [plans may insert reference, as applicable] le dice lo que debe pagar por sus medicamentos.
* **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. Lea el Capítulo 9 [plans may insert reference, as applicable] para saber cómo presentar una apelación.
* **Díganos si usted se muda.** Si va a mudarse, es importante que nos lo diga 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 dice cuál es nuestra área de servicio.
* Podemos ayudarle a saber si está saliendo de nuestra área de servicio. [*Plans that do not offer plans outside the service area may delete the following sentence:*] Durante un período de inscripción especial, puede cambiar a Medicare Original o inscribirse en un plan de salud o medicamentos de receta de Medicare en su nueva ubicación.
* Podemos avisarle si tenemos un plan en su nueva ubicación. Además, asegúrese de avisar a Medicare y MassHealth su nueva dirección cuando usted se mude. Lea el Capítulo 2 [*plans may insert reference, as applicable*] para leer los números de teléfono de Medicare y MassHealth.
* **Si usted se muda pero permanece dentro de nuestra área de servicio, también tenemos que saberlo.** Necesitamos mantener su expediente actualizado y saber cómo comunicarnos con usted.
* **Díganos si su información personal cambia.** Es importante que nos diga inmediatamente si tiene algún cambio en su información personal, como teléfono, estado civil, adiciones a la familia, elegibilidad u otra cobertura de seguro de salud.
* Llame a Servicios al miembro al <toll free number> para pedir ayuda si tiene alguna pregunta o inquietudes**.**

## J1. Recuperación del estado

[Plans must include language related to estate recovery as required by the state. The state will provide plans additional guidance or requirements for this section.]