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. Los 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, "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](#_Toc77269744)

[B. Nuestra responsabilidad de asegurarnos de que obtenga acceso oportuno a los servicios, artículos y medicamentos cubiertos 4](#_Toc77269745)

[C. Nuestra responsabilidad de proteger su información médica personal (PHI) 6](#_Toc77269746)

[C1. Cómo protegemos su PHI 6](#_Toc77269747)

[C2. Usted tiene derecho a ver sus expedientes médicos 6](#_Toc77269748)

[D. Nuestra responsabilidad de darle información sobre <plan name>, sus proveedores de la red y los servicios cubiertos para usted 7](#_Toc77269749)

[E. Inhabilidad de los proveedores de la red para cobrarle directamente 8](#_Toc77269750)

[F. Su derecho a retirarse de <plan name> 8](#_Toc77269751)

[G. Su derecho a decidir sobre su cuidado de salud 9](#_Toc77269752)

[G1. Su derecho a conocer sus opciones de tratamiento y a decidir sobre sus servicios 9](#_Toc77269753)

[G2. Su derecho a decir qué quiere que ocurra si usted no puede tomar decisiones sobre su cuidado de salud 10](#_Toc77269754)

[G3. Qué hacer si no se siguen sus instrucciones 11](#_Toc77269755)

[H. Su derecho a pedir ayuda 11](#_Toc77269756)

[I. Su derecho a presentar un reclamo y a pedirnos que reconsideremos decisiones que ya tomamos 12](#_Toc77269757)

[I1. Qué hacer si cree que lo están tratando de forma injusta o desea más información sobre sus derechos 12](#_Toc77269758)

[I2. Cómo obtener ayuda para entender sus derechos y ejercerlos 13](#_Toc77269759)

[J. Su derecho a sugerir cambios 13](#_Toc77269760)

[K. Sus responsabilidades como participante de <plan name> 13](#_Toc77269761)

# 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. The 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 una manera que usted pueda entender. Tenemos la obligación de informarle cuáles son sus derechos cada año que usted sea participante de <plan name>. También debemos informarle 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 de recibir anualmente materiales actualizados de mercadeo, asistencia y comunicaciones de los participantes.
* Esto también significa que usted tiene derecho a recibir un aviso que detalle los 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 los beneficios, incluso si es necesario, con la participación de 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 desea presentar un reclamo, 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.]

* Además, puede llamar a su Oficina de Derechos Civiles local. [Plan should insert contact information for the local office.]
* Si tiene una discapacidad y necesita ayuda para recibir servicios de cuidado de salud o contactar a un proveedor, llame a Servicios al participante. Si tiene un reclamo, como un problema como el acceso para silla de ruedas, Servicios al participante puede ayudar. Puede comunicarse con Servicios al participante al <phone number>, <days and hours of operation>. Los usuarios de TTY deben llamar al <TTY number>.

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

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

Como participante de <plan name>, sus derechos son los siguientes:

* Usted tiene derecho a recibir servicios, artículos y medicamentos médicamente necesarios, requeridos para satisfacer sus necesidades, de una manera sensible a su idioma y su cultura, y deben proporcionarse en un entorno de cuidado apropiado, por ejemplo, su hogar y la comunidad.
* Usted tiene derecho a elegir un Proveedor de cuidado primario (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. Para obtener más información sobre cómo elegir un PCP, consulte 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 la 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 los proveedores dentro de nuestra red.
* Usted tiene derecho a un especialista en salud de la mujer sin tener que obtener un referido o una autorización previa.
* Un referido es una aprobación de su PCP para acudir a alguien que no sea su PCP. Los referidos no son necesarios para <plan name>.
* Una autorización previa significa que usted debe obtener aprobación de su Equipo interdisciplinario (IDT), <plan name> u otro proveedor específico antes de obtener ciertos servicios, artículos o medicamentos o de acudir a un proveedor fuera de la red.
* Tiene derecho a acceder a otros servicios que no requieren autorización previa, como cuidado necesario de urgencia y emergencia, servicios de diálisis fuera del área y consultas con un PCP. Consulte el Capítulo 4 [plan may insert reference, as applicable] para obtener más información sobre los servicios que requieren autorización previa y los servicios que no la requieren.
* 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 tener acceso a sus proveedores por teléfono, a través de servicios de turno. También tiene derecho a acceder a la Línea de consejería de enfermeras de <plan name> las 24 horas del día, 7 días a la semana, para obtener cuidado necesario de emergencia, asistencia o cuidado de urgencia.
* Usted tiene derecho a que sus recetas sean surtidas sin demoras largas en cualquiera de las farmacias de la red.
* Tiene derecho a tener acceso a cuidados sin enfrentar barreras físicas. Esto incluye el derecho de poder entrar y salir del consultorio de su proveedor, incluyendo el acceso libre de obstáculos si usted tiene una discapacidad u otra afección que limite su movilidad, de acuerdo con la Ley de estadounidenses con discapacidades.
* Usted tiene derecho a acceder a 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 las necesidades de comunicación y programación de citas.
* Usted tiene derecho a recibir adaptaciones razonables para acceder a los cuidados, en su interacción con <plan name> y los proveedores y cuando reciba información sobre sus cuidados y cobertura.
* Usted tiene derecho a que le digan dónde, cuándo y cómo recibir los servicios que necesita, incluyendo cómo obtener beneficios cubiertos por parte de proveedores fuera de la red, si los proveedores que necesita no están disponibles en la red de <plan name>. 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 cree que no está recibiendo sus servicios, artículos 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, artículos 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)

Protegemos su PHI tal como lo exige las leyes federales y estatales.

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

Su PHI incluye la información que usted nos dio cuando se inscribió en <plan name>. También incluye las 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” donde se explican 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 protegida se le envíe 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 información médica personal (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 la calidad de nuestro cuidado.
* Debemos darles a Medicare y Medicaid su PHI e información sobre los medicamentos. Si Medicare o Medicaid revelan 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 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 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 participante al <toll-free number>, <days and hours of operation>. Los usuarios de TTY pueden llamar al <toll-free TTY number>.

[Plan may insert custom privacy practices.]

# Nuestra responsabilidad de darle información sobre <plan name>, 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 Participants and/or languages primarily spoken in the plan’s service area.]

Como participante de <plan name>, tiene derecho a recibir información y actualizaciones puntuales. Si no habla inglés, debemos darle la información sin costo en un idioma que usted entienda.

* También debemos proveer un intérprete calificado, sin costo, si necesita uno cuando visita a los proveedores.
* Si tiene preguntas sobre <plan name> o necesita servicios de 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 podemos darle 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 obtener información sobre cualquiera de las opciones a continuación, llame a Servicios al participante:

* Cómo elegir o cambiar de planes
* Nuestro plan, incluyendo:
* Información financiera
* Cómo ha sido calificado <plan name> por los participantes del plan
* Cuántas apelaciones han hecho los participantes
* Cómo retirarse de <plan name>
* Nuestros proveedores y farmacias de la red, incluyendo:
* Cómo elegir o cambiar sus PCP.
* Certificaciones los proveedores y farmacias de la red
* Cómo pagamos a los proveedores de nuestra red
* Para obtener una lista de proveedores y farmacias de la red de <plan name>, consulte el *Directorio de proveedores y farmacias*. Para obtener más información sobre nuestros proveedores y farmacias, llame a Servicios al participante o visite nuestro sitio web <web address>.
* Servicios, artículos y medicamentos cubiertos y reglas que debe seguir, entre ellas:
* Servicios, artículos y medicamentos cubiertos por <plan name>
* Limitaciones a su cobertura y medicamentos
* Reglas que debe seguir para conseguir servicios, artículos y medicamentos cubiertos
* Por qué un servicio, artículo o medicamento 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

# Inhabilidad de los 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, artículos o medicamentos cubiertos. Tampoco pueden cobrarle si nosotros pagamos menos que lo que ellos facturaron o si no les pagamos en absoluto. Usted tiene derecho a que no se le cobren copagos, primas, deducibles u otros costos compartidos. Para obtener información sobre qué hacer cuando un proveedor de la red trata de cobrarle por servicios, artículos o medicamentos cubiertos, consulte el Capítulo 7 [plan may insert reference, as applicable] o llame a Servicios al participante.

# Su derecho a retirarse de <plan name>

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 a un nuevo plan Medicare Advantage o de medicamentos de receta, consulte el Capítulo 10 [the plan may insert reference, as applicable].
* Obtendrá sus servicios de Medicaid a través del programa de pago por servicios de Medicaid (Medicaid Original).

# 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 médicos y otros proveedores que puedan satisfacer sus necesidades. Esto incluye proveedores que puedan satisfacer sus necesidades de cuidado de salud, comunicarse con usted en una manera que pueda entender y proporcionarle servicios en ubicaciones que usted pueda acceder físicamente. También puede elegir que un miembro de su familia o administrador de cuidados participe en las conversaciones sobre servicios y tratamiento. Usted tiene derecho a nombrar a alguien para que hable por usted sobre el cuidado que necesita. Usted tiene el 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 los proveedores y obtener información de estos sobre todas las opciones de tratamiento y alternativas disponibles, independientemente de su costo, y que las opciones se presenten de una manera que usted entienda.
* **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”.** Tiene derecho a aceptar o 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 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 se le niegan los 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 denegado o que normalmente no está cubierto.** Eso se llama “decisión de cobertura”. Para obtener información sobre cómo solicitar una decisión de cobertura de <plan name> o de su IDT, consulte el Capítulo 9 [plan may insert reference, as applicable].
* **Participar en la planificación de sus cuidados.** Como participante de <plan name>, recibirá una evaluación completa luego de su inscripción. También se reunirá con su IDT para desarrollar su Plan de vida y para actualizarlo cuando sea necesario. Usted tiene derecho a solicitar una nueva evaluación completa o una actualización de su Plan de vida en cualquier momento. Para obtener más información al respecto, consulte el Capítulo 1 [plan may insert reference, as applicable].
* Recibir información completa y precisa en relación con su salud y estado funcional, por parte de su proveedor, su IDT y <plan name>.

## G2. 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 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 derecho a tomar decisiones sobre su cuidado de salud en su nombre.
* **Darles a sus proveedores 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. Cuando se inscriba en el plan, le avisaremos sobre su derecho a realizar una directiva anticipada. También le avisaremos sobre este derecho cuando su Plan de vida sea actualizado.

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.
* **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.** 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 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.

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

<Plan name> y nuestros proveedores deben respetar 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 ante la Línea de quejas del hospital del Departamento de Salud del estado de New York al 1-800-804-5447 o ante el Centro de asistencia técnica de cuidados administrados a largo plazo al 1-866-712-7197.

# Su derecho a pedir ayuda

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

* ICAN puede proveer información y asistencia relacionada con su cobertura de <plan name>. Puede comunicarse con ICAN a través del número 1-844-614-8800 (los usuarios de TTY deben llamar al 711 y seguir las instrucciones para marcar 844-614-8800).
* El Ombudsman para el cuidado de salud a largo plazo del estado de NY puede proveer información y asistencia según sus derechos como residente de un centro de cuidado a largo plazo. Llame al 1-800-342-9871 para obtener información sobre cómo contactarse con el Ombudsman para el cuidado de la salud 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.

# Su derecho a presentar un reclamo 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 un reclamo.

Usted tiene derecho a obtener información sobre apelaciones y reclamos 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 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 el Capítulo 11, o desea más información sobre sus derechos, puede obtener ayuda llamando a:

* Servicios al participante y presentar un reclamo con <plan name>, como se explica en el Capítulo 9 [plan may insert reference, as applicable].
* Programa de información, consejería y ayuda para seguros de salud (HIICAP) al 1-800-701-0501.
* 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)).
* 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 seguir las instrucciones para marcar 844-614-8800).

En toda circunstancia, usted tiene derecho a presentar un reclamo interno con <plan name>, un reclamo externo con Medicare o el Departamento de Salud del estado de New York (NYSDOH) o una apelación relacionada con una decisión de cobertura. En el Capítulo 9, se explican los procesos para presentar cualquier de estos reclamos [plan may insert reference, as applicable].

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

Puede llamar a ICAN al 1-844-614-8800 (los usuarios de TTY deben llamar al 711 y seguir las instrucciones para marcar 844-614-8800). ICAN ofrece información y asistencia gratuitas. No tiene vinculación con nuestro plan.

# Su derecho a sugerir cambios

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

# 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. Eso incluye cómo elegir un PCP y cómo usar los proveedores de la red para los servicios, artículos y medicamentos cubiertos. Si hay algo que no entiende, llame a Servicios al participante. Para detalles sobre sus:
* Servicios y artículos 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 participante si 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 administrador de cuidados cuando se enferme o lesiones para que le den instrucciones de inmediato. Cuando necesite cuidado de emergencia de proveedores fuera de la red, avísele a <plan name> tan pronto como sea posible. En caso de emergencia, llame al 911.
* Proporcione a sus proveedores 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 su PCP y otros proveedores sepan sobre todos los medicamentos que usted esté tomando. Esto incluye medicamentos de receta, medicamentos de venta sin receta médica (OTC), vitaminas y suplementos.
* Asegúrese de hacer todas las preguntas que tenga. Sus proveedores deben 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 proveedor de cuidado primario, su administrador de cuidados y su IDT para proveer sus cuidados y coordinar los servicios de cuidado de salud que pueda necesitar.
* Participe en el desarrollo de su Plan de vida con su IDT y mantenga sus citas o notifíquele a su administrador de cuidados o a su IDT si no puede ir a su cita.
* **Sea amable.** 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 debe.** Como participante de <plan name>, usted tiene la responsabilidad de pagar el costo total de los servicios, artículos o medicamentos que no están cubiertos por el plan.
* Si usted no está de acuerdo con la decisión de su IDT o de <plan name> de no cubrir un servicio, artículo 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 participante.
* **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].
* New York Medicaid Choice puede ayudarlo a averiguar si se va a mudar fuera de nuestra área de servicio y a identificar una cobertura de Medicaid y Medicare alternativas.
* 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 de participación actualizado y saber cómo comunicarnos con usted.
* Infórmenos si ocurre algún cambio en su información personal, incluyendo sus ingresos o bienes. Debe proporcionar información completa y precisa a <plan name>.
* Es importante que nos informe de inmediato si su información personal ha cambiado, como su número de teléfono, su dirección, su estado civil, el número de integrantes de la familia, las cuestiones que determinan su elegibilidad u otra cobertura del seguro de salud.
* Si cambian sus bienes en cuentas bancarias, el efectivo, los certificados de depósito, las acciones, las 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 para obtener ayuda si tiene preguntas e inquietudes. Avísenos inmediatamente sobre cualquier problema que tenga.