Capítulo 8: Sus derechos y responsabilidades

Introducción

En este capítulo, encontrará 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 del 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. Su derecho a obtener información de una manera que se adapte a sus necesidades 3](#_Toc47949278)

[B. Nuestra responsabilidad de que obtenga acceso oportuno a los servicios y medicamentos cubiertos 3](#_Toc47949279)

[C. Nuestra responsabilidad de proteger su privacidad y su información médica personal (PHI, por sus siglas en inglés) 4](#_Toc47949280)

[C1. Cómo protegemos su PHI 5](#_Toc47949281)

[C2. Usted tiene derecho a ver sus expedientes médicos 5](#_Toc47949282)

[D. Nuestra responsabilidad de darle información sobre el plan, sus proveedores de la red y los servicios cubiertos para usted 5](#_Toc47949283)

[E. Incapacidad de los proveedores de la red para cobrarle directamente 7](#_Toc47949284)

[F. Su derecho a retirarse del plan 7](#_Toc47949285)

[G. Su derecho a decidir sobre su cuidado de salud 8](#_Toc47949286)

[G1. Su derecho a conocer sus opciones de tratamiento y a decidir sobre su cuidado de salud 8](#_Toc47949287)

[G2. Su derecho a decir qué quiere que ocurra si usted no puede tomar decisiones sobre su cuidado de salud 9](#_Toc47949288)

[G3. Qué hacer si no se siguen sus instrucciones 10](#_Toc47949289)

[H. Su derecho a presentar quejas y a pedirnos que reconsideremos decisiones que ya tomamos 10](#_Toc47949290)

[H1. ¿Qué hacer si cree que lo están tratando de forma injusta o desea más información sobre sus derechos? 11](#_Toc47949291)

[I. Sus responsabilidades como miembro del plan 11](#_Toc47949292)

# A. 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, 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. La llamada es gratuita.
* 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, 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 (personas con dificultades para oír o hablar) deberán llamar al 1-877-486-2048. Usted también podrá presentar una queja ante Medicaid llamando a la Línea de ayuda para beneficios de salud de Illinois al 1-800-226-0768. Los usuarios de TTY deberán llamar al 1‑877-204-1012.

# B. Nuestra responsabilidad 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 por el cuidado fuera de la red.]

Como miembro de nuestro plan:

* 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 eligiendo 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.
* [Plans may edit this sentence to add other types of providers that members may see without a referral.] Usted tiene derecho a ir a ver un especialista en salud femenina sin tener que obtener un referido. Un referido es una aprobación de su PCP para visitar a un médico 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 oportunos de especialistas.
* Usted tiene derecho a recibir servicios de emergencia o cuidados 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 los 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 le dice qué puede hacer si le negamos cobertura para sus servicios o medicamentos y usted no está de acuerdo con nuestra decisión.

# C. Nuestra responsabilidad de proteger su privacidad y 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 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 casi ninguna situación le daremos 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 la PHI a instituciones gubernamentales que estén verificando nuestra calidad de cuidado.
* Debemos darle a Medicare 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.]

## 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 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.]

# D. 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 sin costo en letras grandes, braille o audio. [If applicable, plans should insert information about the availability of written materials in other formats.]

Si desea información sobre cualquiera de lo siguiente, llame a Servicios al miembro:

* Cómo elegir o cambiar de planes
* Nuestro plan, incluyendo:
  + 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
  + Certificaciones de nuestros proveedores y farmacias de nuestra red
  + Cómo les pagamos a los 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 al <toll-free phone and TTY numbers>, <days and hours of operation>. La llamada es gratuita. O, visite nuestro sitio web <web address>.
* Servicios cubiertos y medicamentos 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 un medicamento o servicio no está cubierto y qué puede hacer al respecto, incluyendo:
  + Explicar por escrito por qué el medicamento o servicio no está cubierto
  + Cambiar una decisión que hayamos tomado
  + Pagar una factura que usted recibió

# E. Incapacidad 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 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].

# F. Su derecho a retirarse del plan

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

* Si se retira de nuestro plan, usted continuará participando en los programas de Medicare y Medicaid siempre y cuando usted sea elegible.
* Usted tiene derecho a recibir sus beneficios de Medicare a través de:
  + Un plan [***If other MMAI plans are an option in the member’s county,*** *insert:* diferente] de Medicare-Medicaid
  + Medicare Original
  + Un plan Medicare Advantage
* Usted puede obtener sus beneficios de medicamentos de receta de la Parte D de Medicare de:
  + Un plan [***If other MMAI plans are an option in the member’s county,*** *insert:* diferente] de Medicare-Medicaid
  + Un plan de medicamentos de receta
  + 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 puede obtener sus beneficios de Medicaid a través de:
  + Un plan [***If other MMAI plans are an option in the member’s county,*** *insert:* diferente] de Medicare-Medicaid
  + Pago por servicios de Medicaid [***If MLTSS is an option*** *in the member’s county, plans must include the following language:* o un plan de salud de Servicios y respaldos administrados a largo plazo (MLTSS, por sus siglas en inglés) de Medicaid.].

[**If MLTSS** **is an option** in the member’s county, plans must include the following language: **NOTA:** Si usted está recibiendo servicios a largo plazo en su hogar o servicios comunitarios específicos, usted se tiene que quedar con su plan o elegir otro plan que le ofrezca estos servicios.]

* [All plans without a CY 2021 MLTSS contract must include the following language **if MLTSS is an option** in the member’s county*:* Si desea inscribirse en un plan de salud de Servicios y respaldos administrados a largo plazo (MLTSS, por sus siglas en inglés) de HealthChoice Illinois, póngase en contacto con el Servicio de Inscripción de Clientes de Illinois llamando al 1-877-912-8880, de 8:00 a 19:00 h. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-866-565-8576. Dígales que usted quiere dejar <plan name> y unirse a un plan de salud de MLTSS de HealthChoice Illinois. Si usted no elige un plan de salud, se le asignará el plan de MLTSS de HealthChoice Illinois de nuestra compañía. Lea más información en el Capítulo 10*.*]
* [*All plans without a CY 2021 MLTSS contract must include the following language* ***if MLTSS is an option*** *in the member’s county:* Si desea inscribirse en un plan de salud de Servicios y respaldos administrados a largo plazo (MLTSS, por sus siglas en inglés) de HealthChoice Illinois, póngase en contacto con el Servicio de Inscripción de Clientes de Illinois llamando al 1-877-912-8880, de 8:00 a 19:00 h. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-866-565-8576. Dígales que usted quiere dejar <plan name> y unirse a un plan de MLTSS de HealthChoice Illinois. Si usted no elige un plan de salud, se le asignará un plan de MLTSS de HealthChoice Illinois de una compañía diferente. <Plan name> no tiene un plan de MLTSS de HealthChoice Illinois. Lea más información en el Capítulo 10 [*plans may insert reference, as applicable*].]

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

## G1. 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.
* **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.
* **Obtener una segunda opinión.** Usted tiene derecho a ver a otro médico antes de tomar una decisión sobre un tratamiento.
* **Decir que “no”.** Usted tiene derecho a rechazar cualquier tratamiento. Esto incluye el derecho a abandonar un hospital u otra institución médica, incluso si su doctor le aconseja que no lo haga. También tiene derecho a dejar de tomar un medicamento. Si usted rechaza un tratamiento o deja de tomar un medicamento, no lo quitarán 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.** Esto se llama "decisión de cobertura". El Capítulo 9 [*plans may insert reference, as applicable*] dice cómo pedir una decisión de cobertura del plan.

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

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. Para informarse más sobre las directivas anticipadas en Illinois, vaya al sitio web del Departamento de salud pública de Illinois en: [dph.illinois.gov/topics-services/health-care-regulation/nursing-homes/advance-directives](http://dph.illinois.gov/topics-services/health-care-regulation/nursing-homes/advance-directives).

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.]
* **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.
* **<Plan name> guardará el formulario completo en su expediente médico.** <Plan name> no puede, como condición para darle tratamiento, exigirle que usted llene una directiva anticipada o que renuncie a ella.
* Si le van a hospitalizar y firmó una directiva anticipada, **lleve una copia al hospital**.

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

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

Recuerde: llenar una directiva anticipada es una decisión suya.

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

Si usted firmó una directiva anticipada y cree que un médico u hospital no siguió las instrucciones que contiene, puede presentar una queja llamando a la Línea de ayuda para personas de la tercera edad al 1-800-252-8966, de lunes a viernes de 8:30 a.m. a 5 p.m. Los usuarios de TTY deberían llamar al 1-888-206-1327. La llamada es gratuita.

# H. 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 sobre cobertura, presentar una apelación para que cambiemos una decisión sobre cobertura o presentar una queja.

Usted tiene derecho a obtener información sobre apelaciones y quejas que otros miembros hayan presentado en contra de nuestro plan. Para obtener esta información, llame a Servicios al miembro al <toll-free phone and TTY/TDD numbers>, <days and hours of operation>. La llamada es gratuita.

## H1. ¿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 el Capítulo 11 de este manual, o desea más información sobre sus derechos, puede obtener ayuda llamando al:

* Servicios al miembro al <toll-free phone and TTY numbers>, <days and hours of operation>. La llamada es gratuita.
* Al Programa de seguros de salud para personas de la tercera edad al 1-800-252-8966, de lunes a viernes de 8:30 a.m. a 5 p.m. Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-888-206-1327. La llamada es gratuita. Para conocer detalles acerca de esta organización, 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. (También puede leer o descargar “Derechos y protecciones de Medicare”, que se encuentra en el sitio web de Medicare en [es.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-S-Medicare-Rights-and-Protections.pdf](http://www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-S-Medicare-Rights-and-Protections.pdf).)
* La Línea de ayuda para personas de la tercera edad al 1-800-252-8966, de lunes a viernes de 8:30 a.m. a 5 p.m. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-888-206-1327. La llamada es gratuita.

# I. Sus responsabilidades como miembro del plan

[Plans may modify this section to include additional member responsibilities. 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 detalles sobre sus:
  + 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 de <plan name> cada vez que reciba servicios o medicamentos.
* **Ayude a sus médicos** y a otros proveedores de cuidado de salud a darle el mejor cuidado.
  + Déles 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 libre, 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 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:] Usted tendrá 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, usted deberá pagar su parte del costo cuando reciba el [insert if the plan has cost sharing for services:[ o medicamentos]]. 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 [plans may insert reference, as applicable] dice lo que deberá pagar usted por servicios y respaldos a largo plazo.] 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 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.
* **Infórmenos si se muda.** Siva 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 de Medicare en su nueva área. Le podemos avisar si tenemos un plan allí.
* Tampoco se olvide de avisarle a Medicare y Medicaid 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.
* Si tiene preguntas o inquietudes, llame a Servicios al miembro al <toll-free phone and TTY numbers>, <days and hours of operation>. La llamada es gratuita.