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:** 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, "refer to 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 contenidos

[A. Su derecho a obtener información de una manera que se adapte a sus necesidades 3](#_Toc76045755)

[B. Nuestra responsabilidad de tratarlo con respeto, equidad y dignidad en todo momento 4](#_Toc76045756)

[C. Nuestra responsabilidad de asegurarnos de que obtenga acceso oportuno a los servicios y medicamentos cubiertos 5](#_Toc76045757)

[D. Nuestra responsabilidad de proteger su privacidad y su información médica personal (PHI) 6](#_Toc76045758)

[D1. Cómo protegemos su PHI 6](#_Toc76045759)

[D2. Usted tiene derecho a ver sus expedientes médicos 7](#_Toc76045760)

[E. Nuestra responsabilidad de darle información sobre el plan, sus proveedores de la red y los servicios cubiertos para usted 7](#_Toc76045761)

[F. Inhabilidad de los proveedores de la red para cobrarle directamente 8](#_Toc76045762)

[G. Su derecho a retirarse de nuestro plan 8](#_Toc76045763)

[H. Su derecho a decidir sobre su cuidado de salud 9](#_Toc76045764)

[H1. Su derecho a conocer sus opciones de tratamiento y a decidir sobre su cuidado de salud 9](#_Toc76045765)

[H2. Su derecho a decir qué quiere que ocurra si usted no puede tomar decisiones sobre su cuidado de salud 10](#_Toc76045766)

[H3. Qué hacer si no se siguen sus instrucciones 11](#_Toc76045767)

[I. Su derecho a presentar quejas y a pedirnos que reconsideremos decisiones que ya tomamos 11](#_Toc76045768)

[I1. Qué hacer si cree que lo están tratando de forma injusta o desea más información sobre sus derechos 11](#_Toc76045769)

[J. Sus responsabilidades como miembro del plan 12](#_Toc76045770)

[J1. Recuperación del patrimonio 14](#_Toc76045771)

# 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 informarlo sobre los beneficios del plan, su salud, sus opciones de tratamiento y sus derechos en una manera que usted pueda entender. 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 [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 sobre nuestro plan por cuestiones de idioma o alguna discapacidad y desea presentar una queja, puede llamar a:

* Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Puede llamar las 24 horas del día, 7 días a la semana. Los usuarios de TTY deben 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 servicio 7-1-1 para llamar al 1-855-781-9898. Este número es para personas sordas o con dificultades auditivas o del habla.
  + Llame al 339-224-6831 para utilizar el servicio de videollamada. Este número es para personas sordas o con dificultades auditivas.
* Centro de servicio al cliente de MassHealth 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 cumplir con las leyes que lo protegen contra la discriminación o el trato injusto. **No discriminamos** a los miembros con base en ninguna de las siguientes razones:

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

Para obtener más información, puede consultar el “Aviso sobre no discriminación” del Capítulo 11, Sección B.

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

Tiene derecho a recibir un trato respetuoso y atento que honre su dignidad.

Bajo las reglas del plan, usted tiene derecho a estar libre de todo tipo de reclusión o restricción física que fuera utilizada con fines de coerción, presión, disciplina, conveniencia o represalia. (Es decir, usted no debe ser controlado físicamente o aislado con el fin de forzarlo a hacer algo, castigarlo o facilitar el trabajo de los demás).

Usted tiene derecho a hacer recomendaciones con respecto a sus derechos y responsabilidades.

No podemos negarle servicios o castigarlo por ejercer sus derechos.

* Si desea obtener más información, si considera que podría presentar una queja por discriminación o si ha recibido un trato 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.
* Además, puede llamar a su Oficina de Derechos Civiles local. [Plans 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 miembro. Si tiene una queja, como un problema con el acceso con silla de ruedas, Servicios al miembro puede ayudarlo.

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

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

A continuación, se presentan sus derechos 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 [plans may insert reference, as applicable].
  + Llame a Servicios al miembro o busque en el *Directorio de proveedores y farmacias* para conocer cuáles médicos están aceptando nuevos pacientes.
* [Plans may edit this sentence to add other types of providers that members may use without a referral.] Las mujeres tienen derecho a ver 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 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 acudir a un proveedor fuera de la red. Para obtener información sobre proveedores fuera de la red, consulte el Capítulo 3 [plans may insert reference, as applicable].

Para obtener más información sobre lo que puede hacer si piensa que no está recibiendo sus servicios o medicamentos en un plazo de tiempo razonable, consulte el Capítulo 9 [plans 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 [plans may insert reference, as applicable].

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

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

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 informarlo sobre estos derechos. Este aviso se llama “Aviso de prácticas de privacidad”. En el aviso también se explica la forma en que protegemos la privacidad de su PHI.

## D1. Cómo protegemos su PHI

Nos aseguramos de que ninguna persona sin autorización vea 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 las siguientes excepciones:

* + Debemos revelar PHI a instituciones gubernamentales que estén verificando la calidad de nuestro cuidado.
  + Debemos dar a Medicare y MassHealth su PHI. Si Medicare revela su PHI con fines de investigación u otros fines, se hará de acuerdo con las leyes federales. Si MassHealth revela su PHI con fines de investigación u otros fines, se hará de acuerdo con las leyes federales y estatales.

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

* Usted tiene derecho a ver sus expedientes médicos y a obtener una copia de sus expedientes. Se nos permite cobrarle por hacer una copia de sus expedientes médicos.
* 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.

[Plans may insert custom privacy practices.]

# 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 obtener de nosotros información y actualizaciones puntuales sobre su plan. Si no habla inglés, debemos darle la información sin costo 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 podemos darle información sin costo en letras grandes, braille, audio, cortos de video en lenguaje de señas estadounidense y de otras maneras. [If applicable, plans 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:
* Qué información financiera está disponible;
* Cómo ha sido calificado el plan por los miembros del plan;
* Cuántas apelaciones han hecho nuestros miembros; **y**
* Cómo retirarse del plan.
* Nuestros proveedores y farmacias de la red, incluyendo:
* Cómo elegir o cambiar los [insert as appropriate: médicos **or** proveedores] de cuidado primario;
* Cuáles son las certificaciones de los proveedores y las farmacias de la red; **y**
* Cómo les 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, llame al Servicios al miembro o visite 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 sus medicamentos; **y**
* 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 le expliquemos 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.

# 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 a usted si les pagamos menos de lo que nos cobraron. Para obtener información sobre qué hacer cuando un proveedor trata de cobrarle por servicios cubiertos, consulte el Capítulo 7 [plans may insert reference, as applicable].

# Su derecho a retirarse de nuestro plan

Usted tiene derecho a retirarse del plan. Nadie puede obligarlo a permanecer en nuestro plan si usted no lo desea. Puede llamar al Centro de servicio al cliente de MassHealth al 1-800-841-2900 o TTY: 1-800-497-4648 (para personas sordas o con dificultades auditivas o del habla) y solicitar retirarse del plan. También puede llamar al 1-800-Medicare para inscribirse en un plan Medicare Advantage o de medicamentos de receta y para retirarse de nuestro plan. Consulte el Capítulo 10 para obtener más información sobre cómo retirarse de nuestro plan.

Si elige retirarse de nuestro plan, podrá acceder a nuestros servicios hasta el final del mes. Por ejemplo, si se retira del plan el 5 de septiembre, tendrá cobertura hasta finalizar el mes de septiembre.

* Si se retira de nuestro plan, seguirá formando parte de los programas Medicare y MassHealth.
* 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.
* También tiene derecho a obtener sus beneficios de MassHealth directamente del programa Medicaid de MassHealth.
* 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.

# 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. 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 pueda llegar físicamente. Sus proveedores deben explicarle su enfermedad y las opciones de tratamiento de una manera que usted pueda entenderlo. También puede elegir que un miembro de su familia o administrador de cuidados participe en las conversaciones sobre servicios y tratamiento. Usted tiene el derecho a:

* **Conocer sus opciones.** Usted tiene derecho a que se le expliquen sus necesidades médicas y a que lo informen sobre todas las clases de tratamiento disponibles para usted, sin importar el costo o la cobertura de beneficios.
* **Conocer los riesgos.** Usted tiene derecho a recibir información sobre los riesgos involucrados en sus servicios o tratamientos. Se le debe avisar con anticipación 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.** Usted tiene derecho a acudir 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 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 denegado o que normalmente no está cubierto.** Eso se llama “decisión de cobertura”. Para obtener información sobre cómo solicitar una decisión de cobertura del plan, consulte el Capítulo 9 [plans may insert reference, as applicable].
* **Cambiar sus proveedores.** Usted tiene derecho a cambiar sus proveedores.

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

[**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 las personas no pueden tomar decisiones sobre el cuidado de salud por sí mismas. Antes de que esto suceda, usted puede:

* Rellenar un formulario por escrito para **darle a otra persona derecho a tomar decisiones sobre su cuidado de salud en su nombre**; **y**
* **Darles a sus médicos instrucciones por escrito** sobre cómo quiere que administren su cuidado de salud si usted no puede tomar decisiones.

El documento legal que puede usar para dar sus instrucciones se llama directiva anticipada. Hay diferentes tipos de directivas anticipadas, que tienen diferentes nombres. Algunos ejemplos son un testamento en vida y un poder legal para cuidados de salud.

Usted no tiene que usar una directiva anticipada, pero puede hacerlo si lo desea. Esto es lo que tiene que hacer:

* **Obtenga el formulario.** Puede obtener un formulario de su médico, un abogado, una agencia de servicios legales o un trabajador social. Es posible que las organizaciones que informan a la gente sobre Medicare o Medicaid [plans should insert examples of those organizations] también tengan formularios de directivas anticipadas. [Insert if applicable: Usted también puede comunicarse con Servicios al miembro para pedir los formularios.]
* **Rellene y firme el formulario.** El formulario es un documento legal. Debería considerar pedirle ayuda a un abogado para completarlo.
* **Entregue copias a las personas que deben saber sobre el formulario.** Debería darle una copia del formulario a su médico. También debería darle una copia a la persona que nombre para tomar decisiones por usted. Es posible que también quiera darles copias a sus amigos cercanos o a miembros de su familia. Asegúrese de conservar una copia en su casa.
* Si 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: completar una directiva anticipada es su decisión.

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

Si firmó una directiva anticipada y cree que un médico u hospital no siguió las instrucciones que contiene, puede presentar una queja ante [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 a pedirnos que reconsideremos decisiones que ya tomamos

Para obtener información sobre qué hacer si tiene problemas o inquietudes sobre su cuidado o servicios cubiertos, consulte el Capítulo 9 [plans 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 Sección B, o desea obtener más información sobre sus derechos, puede obtener ayuda llamando a:

* Servicios al miembro al <toll-free number>.
* El Programa de asistencia de seguro de salud del Estado (State Health Insurance Assistance Program) llamado SHINE (Programa que satisface las necesidades de seguro de salud de todos). Para obtener información acerca de esta organización y cómo comunicarse con ellos, consulte el Capítulo 2 [plans may insert reference, as applicable].
* 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.
* MassHealth al 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 servicio 7-1-1 para llamar al 1-855-781-9898. Este número es para personas sordas o con dificultades auditivas o del habla.
  + Llame al 339-224-6831 para utilizar el servicio de videollamada. Este número es para personas sordas o con dificultades auditivas.
  + Envíe un correo electrónico a My Ombudsman a [info@myombudsman.org](mailto:info@myombudsman.org)

My Ombudsman es un programa independiente que puede ayudarlo a resolver inquietudes o conflictos relacionados con su inscripción en One Care o con 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 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, consulte 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, consulte los Capítulos 5 y 6 [plans may insert reference, as applicable].
* **Infórmenos sobre cualquier otra cobertura de salud o de medicamentos de receta** que usted tenga.Estamos obligados a asegurarnos de que esté usando todas sus opciones de cobertura cuando reciba cuidados de salud. Llame a Servicios al miembro si usted tiene otra cobertura.
* **Informe a su médico y a otros proveedores de cuidado de salud** que usted está inscrito en nuestro plan.Muestre su tarjeta de identificación de miembro cada vez que reciba servicios o medicamentos.
* **Ayude a sus médicos** y a otros proveedores de cuidado de salud a darle el mejor cuidado.
  + Elija un proveedor de cuidado primario.
  + Llame a su [*insert*:proveedor de cuidado primario o 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 una emergencia o tratamiento fuera de la red.
  + 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.
  + Entienda la función que cumplen su proveedor de cuidado primario, su Coordinador de cuidado de salud y su Equipo para el cuidado de salud a la hora de brindarle cuidados y coordinar los servicios de cuidado de salud que pueda necesitar.
  + Siga el Plan de cuidados individualizado (ICP) que usted y su Equipo para el cuidado de salud hayan acordado.
  + Entienda sus beneficios y conozca qué está cubierto y qué 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 del médico, en los hospitales, en los consultorios de otros proveedores y en su hogar cuando su proveedor lo visite.
* [Plans 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:
  + [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, [plans may insert reference, as applicable] se menciona lo que deberá pagar por los servicios y respaldos a largo plazo.] En el Capítulo 6, [plans may insert reference, as applicable] se indica lo que deberá pagar por los 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. Para obtener información sobre cómo presentar una apelación, consulte el Capítulo 9 [plans 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 cuál es su área de servicio, consulte el Capítulo 1 [plans may insert reference, as applicable].
  + Podemos ayudarlo a averiguar si se va a mudar fuera de nuestra área de servicio. [Plans that do not offer plans outside the service area may delete the following sentence:] Durante un período especial de inscripción, 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.
  + Además, asegúrese de comunicar a Medicare y MassHealth su nueva dirección cuando usted se mude. Para conocer los números de teléfono de Medicare y MassHealth, consulte el Capítulo 2 [plans 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.
* **Infórmenos si su información personal cambia.** Es importante que nos informe de inmediato si su información personal ha cambiado, como su número de teléfono, su estado civil, el número de integrantes de la familia, las cuestiones que determinan su elegibilidad u otra cobertura del seguro de salud.
* Si tiene preguntas o inquietudes, llame a Servicios al miembro al <toll-free number>.

## J1. Recuperación del patrimonio

[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.]