[*The plan should utilize the below table to auto-populate key terms throughout the document, using the following steps:*

1. *Update the values for each of the data fields in the table below by highlighting the text (including the angle brackets (< >)) and typing in the appropriate value.*
2. *Press Ctrl+A to select all text in the main document sections.*
3. *Press F9 to update the field references. If a box appears asking to update the Table of Contents, select “Update entire table” and press OK*
4. *Double click on the header. Press Ctrl+A to select all header text.*
5. *Press F9 to update the field references in the header.*
6. *If the header does not populate throughout the document, steps 5 and 6 should be repeated for each header section in the document.*
7. *Double click on the footer, and press Ctrl+A to select all footer text.*
8. *Press F9 to update the field references in the footer.*
9. *If the footer does not populate throughout the document, steps 8 and 9 should be repeated for each footer section in the document.*

| **Data Field (bookmarkName)** | **Value** |
| --- | --- |
| Plan name (planName) | <plan name> |
| Toll-free Number (tollFreeNumber) | <toll free number> |
| Days and hours of operation (daysAndHoursOfOperation) | <days and hours of operation> |
| Web Address (webAddress) | <web address> |
| Member Services Name (memberServicesName) | <member services name> |
| Physician or Provider (physicianOrProvider) | provider |
| Ombudsman Program Name (ombudsmanProgramName) | RIPIN Healthcare Advocate |
| Name of plan members (memberName) | Member |

*Note: Plan should be cognizant of grammar and capitalization and review the document to ensure the populated bookmarks appear appropriately throughout.*

*If an error message appears in the document indicating that the source could not be found (shown below), a bookmark may have been deleted.*

*Error icon above instructions*

*To recreate a bookmark, the plan should use the following steps:*

1. *Highlight the value that is not updating.*
2. *On the Insert ribbon tab, in the Links group, select Bookmark.*
3. *Enter the bookmark name in parentheses after the data field name.*
4. *Follow the steps above to update the bookmarks.*]

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.]

[*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 Contenido

[A. Su derecho a obtener información de una manera que se adapte a sus necesidades 4](#_Toc517696548)

[B. Nuestra responsabilidad de tratarlo con respeto, justicia y dignidad en todo momento 4](#_Toc517696549)

[C. Nuestra responsabilidad de asegurarnos de que obtenga acceso oportuno a los servicios y medicamentos cubiertos 5](#_Toc517696550)

[D. Nuestra responsabilidad de proteger su privacidad y su información médica (PHI) 6](#_Toc517696551)

[D1. Cómo protegemos su PHI 7](#_Toc517696552)

[D2. Usted tiene derecho a ver sus expedientes médicos 7](#_Toc517696553)

[E. Nuestra responsabilidad de darle información sobre el plan, sus proveedores de la red y los servicios cubiertos para usted 7](#_Toc517696554)

[F. La incapacidad de proveedores de la red para cobrarle directamente 9](#_Toc517696555)

[G. Su derecho a retirarse del plan 9](#_Toc517696556)

[H. Usted tiene derecho a decidir sobre su cuidado de salud 9](#_Toc517696557)

[H1. Usted tiene derecho a conocer sus opciones de tratamiento y a decidir sobre su cuidado de salud 10](#_Toc517696558)

[H2. Su derecho a decir qué quiere que ocurra si usted no puede tomar decisiones sobre su cuidado de salud 10](#_Toc517696559)

[H3. Qué hacer si no se siguen sus instrucciones 11](#_Toc517696560)

[I. Su derecho a presentar quejas y a pedirnos que reconsideremos decisiones que ya tomamos 11](#_Toc517696561)

[I1. Qué hacer si cree que le están tratando injustamente o que no se están respetando sus derechos 12](#_Toc517696562)

[I2. Cómo obtener más información sobre sus derechos 12](#_Toc517696563)

[J. Sus responsabilidades como Miembro del plan 13](#_Toc517696564)

# 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.
* Nuestro plan también puede darle materiales [plan must insert if they are required to provide materials in any non-English languages: en idiomas que no son inglés y] en formatos como letras grandes, braille o audio. [Plan must specifically state which languages are offered. Plan must also describe how members can make a standing request to get materials, now and in the future, in a language other than English or in an alternate 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 del día, 7 días a la semana. Los usuarios de TTY (las personas con dificultades para oír o hablar) deben llamar al 1-877-486-2048. [Plan should insert information about filing a complaint with Medicaid.]

# B. Nuestra responsabilidad de tratarlo con respeto, justicia y dignidad en todo momento

Nuestro plan debe respetar las leyes que le protegen de la discriminación o del tratamiento injusto. **Nosotros no discriminamos** en contra de nuestros Miembros sobre ninguno de lo siguiente:

* 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

Según las reglas del plan, usted tiene derecho a mantenerse libre de toda restricción o reclusión física que pudiera ser usada como medio de coerción, fuerza, disciplina, conveniencia o represalia.

No podemos negarle servicios ni castigarle por ejercer sus derechos.

* Para obtener más información, o si cree que usted podría tener una queja por discriminación o por haber recibido un tratamiento injusto, llame a **la Oficina de derechos civiles** del Departamento de salud y servicios humanos al 1-800-368-1019 (para los usuarios de TTY, las personas con problemas para oír o hablar, deben llamar al 1-800-537-7697). También puede visitar [http://www.hhs.gov/ocr](http://www.hhs.gov/ocr%20) para obtener más información.
* También puede llamar a su Oficina local de derechos civiles Comisión de derechos humanos de Rhode Island, al 1-401-222-2661. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-401-222-2664.
* Funcionario de enlace de relaciones comunitarias del Departamento de servicios humanos de Rhode Island al 1-401-415-8216. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-401-462-6239 o 711.
* Si usted tiene una discapacidad y necesita ayuda para recibir cuidados o comunicarse con un proveedor, llame a <member services name>. Si usted tiene alguna queja, como un problema con el acceso en silla de ruedas, <member services name> puede ayudarle.

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

[The plan may edit this section to add specific requirements for minimum access to care and remedies. 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, estos son sus derechos:

* Usted tiene derecho a elegir a su proveedor de cuidados primarios (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 <member services name> o busque en el Directorio de proveedores y farmacias para saber más información sobre proveedores de red y cuáles proveedores están aceptando nuevos pacientes.
* [Plan 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 proveedor de salud del comportamiento o un especialista en salud femenina sin tener que obtener una preautorización. Una preautorizaciónes una aprobación escrita de su PCP para visitar un médico que no es su PCP. [If applicable, replace the previous sentences with: No le exigimos que obtenga pre-autorizaciones **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 [plan may insert reference, as applicable].

El Capítulo 9 [plan 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 [plan 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.

# D. Nuestra responsabilidad de proteger su privacidad y su información médica (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 la información sobre su salud. 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 información médica.

## D1. Cómo protegemos su PHI

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

En casi ninguna situación le daremos información sobre su salud 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 nuestra calidad de cuidado.
* Debemos darle a Medicare su PHI. Si Medicare revela su PHI con fines de investigación u otros fines, se hará de acuerdo con las Leyes federales. [Plan may insert similar information about sharing medical records with Medicaid as appropriate.]

## 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 los cambios.

Usted tiene derecho a saber si su 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 <member services name>.

[The plan may insert custom privacy practices.]

# E. Nuestra responsabilidad de darle información sobre el plan, sus proveedores de la red y los servicios cubiertos para usted

[Plan may edit the section to reflect the types of alternate-format materials available to plan members and/or languages primarily spoken in the plan’s service area.]

Como Miembro de <plan name>, 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 <toll free number>. Este servicio es gratuito. [Plan 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, plan should insert information about the availability of written materials in other formats.]

Si desea saber información sobre cualquiera de lo siguiente, llame a <member services name>:

* 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 cuidados primarios [insert as appropriate: médico **or** proveedores]
  + 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 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 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

# F. La incapacidad de 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. La única excepción es si usted está recibiendo servicios y respaldos a largo plazo (LTSS, por sus siglas en inglés) y Medicaid de Rhode Island dice que usted tiene que pagar parte del costo de esos servicios. Para saber qué hacer si un proveedor trata de cobrarle por servicios cubiertos, lea el Capítulo 7 [plan may insert reference, as applicable].

# G. Su derecho a retirarse del plan

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

* Usted tiene derecho a recibir la mayoría de sus servicios de cuidado de salud a través de Medicare Original o un plan de Medicare Advantage.
* Usted puede recibir beneficios de medicamentos de receta de Medicare Parte D de un plan de medicamentos de receta o de un plan de Medicare Advantage.
* Consulte el Capítulo 10 [plan may insert reference, as applicable] para más información sobre cómo puede unirse a un nuevo plan de Medicare Advantage o de medicamentos de receta.
* Si usted deja nuestro plan usted será inscrito en Neighborhood UNITY para recibir sus servicios de Medicaid. Si quiere más información sobre Neighborhood UNITY, llame al <phone number> <days and hours of operation>.

# H. Usted tiene derecho a decidir sobre su cuidado de salud

## H1. Usted tiene 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 para sus enfermedades.
* **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.** Usted tiene derecho a ver a otro proveedor 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 proveedor 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 [plan may insert reference, as applicable] dice cómo pedir una decisión de cobertura del plan.

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

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

A veces las personas no pueden tomar decisiones 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.

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

* **Obtenga el formulario.** Puede obtener un formulario de su proveedor, un abogado, una agencia de servicios legales o un trabajador social. Es posible que las organizaciones que informan a la gente sobre Medicare o Medicaid [plan should insert examples of those organizations] también tengan formularios de directivas anticipadas. [Insert if applicable: Usted también puede comunicarse con <member services name> 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 proveedor. También debería darle una copia a la persona que nombre para tomar decisiones por usted. Es posible que también quiera darles copias a sus amigos cercanos o a Miembros de su familia. Asegúrese de guardar una copia en su casa.
* 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.

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

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

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

El Capítulo 9 [plan 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 <member services name>.

## I1. Qué hacer si cree que le están tratando injustamente o que no se están respetando sus derechos

Si cree que le trataron injustamente y nose trata de discriminación por las razones indicadas en la página <page number> puede obtener ayuda de las siguientes maneras llamando a:

* <member services name>.
* The POINT, al 1-401-462-4444. Los usuarios de TTY deben llamar al 711. The POINT ofrece información y referencias para programas y servicios para personas de la tercera edad, adultos con discapacidades y las personas que les cuidan.
* Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
* Defensor de cuidado de salud RIPIN. Para conocer más detalles sobre esta organización y cómo comunicarse con ellos, lea el Capítulo 2 [plan may insert reference, as applicable].
* La Alianza para un mejor cuidado a largo plazo. Para conocer más detalles sobre esta organización y cómo comunicarse con ellos, lea el Capítulo 2 [plan may insert reference, as applicable].

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

## I2. Cómo obtener más información sobre sus derechos

Hay varias maneras de obtener más información sobre sus derechos:

* Llame a <member services name>
* Llame a The POINT, al 1-401-462-4444. Los usuarios de TTY deben llamar al 711. The POINT ofrece información y referencias para programas y servicios para personas de la tercera edad, adultos con discapacidades y las personas que les cuidan.
* Comuníquese con Medicare.
  + Visite el sitio web de Medicare para leer o bajar el documento "Sus Derechos y Protecciones en Medicare". (Visite <https://www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf>), o
  + Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
* Llame al Defensor de cuidado de salud RIPIN. Para conocer más detalles sobre esta organización y cómo comunicarse con ellos, lea el Capítulo 2 [*plan may insert reference, as applicable*].
* Llame a la Alianza para un mejor cuidado a largo plazo. Para conocer más detalles sobre esta organización y cómo comunicarse con ellos, lea el Capítulo 2 [*plan may insert reference, as applicable*].

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

# J. Sus responsabilidades como Miembro del plan

[The plan may modify this section to include additional member responsibilities. Plan may add information about estate recovery and other requirements mandated by the state.]

Como Miembro del plan, usted tiene la responsabilidad de hacer lo que se indica a continuación. Si tiene alguna pregunta, llame a <member services name>.

* **Lea el *Manual del miembro*** para saber qué está cubierto y qué reglas debe seguir para obtener los servicios y medicamentos cubiertos.
  + Servicios cubiertos, lea 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, lea 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 <member services name> 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 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.
* [Plan 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 cuotas de Medicare Parte A y Parte B. Para la mayoría de los Miembros de <plan name>, Medicaid pagará la cuota de su Parte A y la cuota 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: servicio **or** medicamento]. Esto será un [insert as appropriate: copago (una cantidad fija) **or** coaseguro (un porcentaje del costo total)]. [Insert if the plan has cost sharing for long-term services and supports: En el Capítulo 4 [plan may insert reference, as applicable] dice lo que deberá pagar usted por servicios y respaldos a largo plazo.] El Capítulo 6 [plan may insert reference, as applicable] dice lo que deberá pagar por sus medicamentos.
  + Si usted recibe LTSS, posiblemente tenga que pagar parte del costo de sus servicios. La cantidad la determina Medicaid de Rhode Island.
  + **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 [plan may insert reference, as applicable] para saber cómo presentar una apelación.
* **Infórmenos si se muda**. Si va a mudarse, es importante que nos avise inmediatamente. Llame a <member services name>.
  + **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 [plan 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. 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.
  + Tampoco se olvide de avisarle a Medicare y Medicaid su nueva dirección. Lea el Capítulo 2 [plan may insert reference, as applicable] y allí encontrará los números de teléfono de Medicare y Medicaid.
  + **Si usted se muda pero permanece dentro denuestra área de servicio, también debemos saberlo.** Necesitamos mantener su expediente actualizado y saber cómo comunicarnos con usted.
* Si tiene preguntas o inquietudes, llame a <member services name>.