

# DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DE LOS MIEMBROS

## Nos comprometemos a lo siguiente:

1. Reconocerlo y respetarlo como miembro.
2. Promover conversaciones abiertas entre usted, su médico y otros profesionales médicos.
3. Brindar información para ayudarlo a ser un usuario de atención médica informado.
4. Brindar acceso a los servicios cubiertos y a nuestros proveedores de la red.
5. Compartir nuestras expectativas con respecto a usted como miembro.
6. Brindar cobertura sin distinción de edad, origen étnico, raza, religión, género, orientación sexual, nacionalidad, discapacidad física o mental, o estado de salud o genético esperado.

Estos derechos y responsabilidades se detallan en las distintas secciones de este contrato. Consulte las secciones correspondientes para obtener información adicional.

## Tiene derecho a lo siguiente:

1. Participar con su médico y los profesionales médicos en las decisiones en torno a su atención médica. Esto incluye participar en la elaboración de cualquier plan de tratamiento y tomar decisiones de atención. Debe conocer los posibles riesgos de las distintas opciones de tratamiento, los problemas relacionados con la recuperación y la probabilidad de éxito. No recibirá ningún tratamiento sin el consentimiento libremente otorgado por usted o su representante legalmente autorizado. Su proveedor debe informarle sobre sus opciones de atención.
2. Saber quién aprueba y lleva a cabo los procedimientos o el tratamiento. Debe recibir una explicación clara de cualquier tratamiento probable y de la naturaleza del problema.
3. Recibir los beneficios que contempla su cobertura. La cobertura requiere el uso de proveedores de la red, como se explica en este documento. Utilizar proveedores fuera de la red sin autorización previa, excepto los servicios de emergencia, puede dar lugar a la denegación de los beneficios.
4. Ser tratado con respeto y dignidad.
5. Tener garantía de la privacidad de su información de salud personal, de conformidad con las leyes estatales y federales, y nuestras políticas.
6. Recibir información sobre nuestra organización y servicios, nuestra red de médicos y profesionales médicos, los cambios en el estado de la red para los proveedores que le brindan tratamiento, nuestras políticas, y los derechos y las responsabilidades de los miembros.
7. Hablar con franqueza con su médico y profesionales médicos sobre la atención adecuada y médicamente necesaria para su afección, incluidos los nuevos usos de la tecnología, independientemente del costo de dichos servicios o de si los servicios están dentro de su cobertura de beneficios. Esto incluye información de su proveedor de atención primaria sobre su posible problema de salud (su diagnóstico), el tratamiento recomendado y otras opciones disponibles, y los resultados más probables (su pronóstico). Su proveedor y nuestro Departamento de Servicios para Miembros de Ambetter pueden analizar con usted los tratamientos que pueden o no estar cubiertos por el plan, independientemente del costo. Tiene derecho a conocer los costos que deberá pagar. Esto se le debe informar con palabras que pueda entender. Cuando no sea apropiado brindarle información por razones médicas, la información se puede entregar a una persona legalmente autorizada. Su médico le pedirá su aprobación para el tratamiento a menos que haya una emergencia, y su vida y su salud estén en grave peligro.
8. Expresar sus reclamos o quejas sobre nuestra organización, la cobertura o la atención brindada.
9. Apelar cualquier decisión sobre los beneficios o la cobertura que tomemos nosotros o nuestros administradores designados.
10. Rechazar el tratamiento para cualquier afección, enfermedad o dolencia sin comprometer el tratamiento futuro en la medida que lo permita la ley. Usted es responsable de sus acciones si rechaza el tratamiento o si no sigue las instrucciones del proveedor. Debe plantear todas las inquietudes sobre el tratamiento a su proveedor, y su médico debe informarle las consecuencias médicas. Su proveedor puede analizar con usted diferentes planes de tratamiento, si hay más de un plan que pueda ayudarlo. Usted será quien tomará la decisión final. Su proveedor debe asesorarlo

con respecto a las instrucciones anticipadas, y usted debe solicitar que se guarde una copia en su historia clínica.

11. Consultar su expediente médico.
12. Tiene derecho a ser informado sobre los servicios cubiertos y no cubiertos cuando solicita información o autorización para recibir servicios; cómo acceder a los servicios; cómo elegir o cambiar su asignación de proveedor de atención primaria; qué proveedores están dentro de la red; cómo presentar una apelación si recibe una denegación de beneficios; y cómo presentar una queja. Esto incluye información sobre los derechos y las responsabilidades de los miembros, y otras normas y pautas. Le informaremos sobre cualquier modificación al menos 30 días antes de la fecha de entrada en vigencia. Los avisos le informarán sobre el efecto de cualquier cambio en su cobertura y de cualquier responsabilidad personal relacionada con los beneficios o costos.
13. Seleccionar otro plan de salud o cambiar de plan de salud durante la inscripción abierta o un período de inscripción especial.
14. Acceso adecuado a médicos y profesionales médicos calificados, y tratamiento o servicios independientemente de la edad, raza, sexo, orientación sexual, estructura familiar, ubicación geográfica, estado de salud, nacionalidad o religión.
15. Recibir servicios de emergencia y de urgencia médicamente necesarios las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
16. Recibir información en un formato diferente de acuerdo con la Ley de Estadounidenses con Discapacidades (Americans with Disabilities Act), si tiene una discapacidad.
17. Elegir a su proveedor de atención primaria dentro de la red. También tiene derecho a cambiar su proveedor de atención primaria o solicitar información sobre proveedores de la red cercanos a su hogar o trabajo.
18. Conocer el nombre y el cargo de las personas que le brindan atención.
19. Un intérprete, disponible por teléfono, si no habla o no entiende inglés.
20. Una segunda opinión por parte de un proveedor de la red, si desea obtener más información sobre su tratamiento o si desea analizar otras opciones de tratamiento.
21. Redactar instrucciones anticipadas para las decisiones de atención médica. Su proveedor debe asesorarlo con respecto a las instrucciones anticipadas, y usted debe solicitar que se guarde una copia en su historia clínica.
22. Las instrucciones anticipadas se plasman en un formulario que puede completar para proteger sus derechos de atención médica. Esto puede ayudar a su proveedor de atención primaria y a otros proveedores a comprender los deseos sobre su salud. Las instrucciones anticipadas no le quitarán el derecho a tomar sus propias decisiones y funcionarán solo cuando no pueda hablar por sí mismo.  
Ejemplos de instrucciones anticipadas:
  - a. Testamento vital
  - b. Poder legal notarial para atención médica
  - c. Órdenes de "No resucitar"Los miembros también tienen derecho a negarse a dar instrucciones anticipadas. No debe ser discriminado por no tener una instrucción anticipada.
23. Hacer recomendaciones sobre nuestra política de derechos y responsabilidades de los miembros.

### **Usted es responsable de lo siguiente:**

1. Leer este contrato completo.
2. Tratar a todos los profesionales de atención médica y al personal con cortesía y respeto.
3. Brindar información precisa y completa sobre las afecciones actuales, enfermedades pasadas, hospitalizaciones, medicamentos y otros asuntos relacionados con su salud. Debe informar si comprende claramente su atención y lo que se espera de usted. Debe hacer preguntas a su médico hasta comprender la atención que está recibiendo.
4. Revisar y comprender la información que recibe sobre nosotros. Debe conocer el uso adecuado de los servicios cubiertos, incluida la necesidad de utilizar proveedores de la red y obtener autorización previa para los servicios cuando sea necesario.
5. Mostrar su tarjeta de identificación, cumplir con las citas programadas con su médico y llamar al

consultorio del médico durante el horario laboral, siempre que sea posible, si está retrasado o necesita cancelar la cita.

6. Dirigir la mayoría de sus consultas sobre su salud o la atención a su proveedor de atención primaria asignado. Puede cambiar su proveedor de atención primaria verbalmente o por escrito comunicándose con nuestro Departamento de Servicios para Miembros.
7. Leer y comprender lo mejor que pueda todos los materiales relacionados con sus beneficios de salud, o solicitar ayuda si la necesita.
8. Comprender sus problemas de salud y participar, junto con los médicos y profesionales de atención médica, en el desarrollo de objetivos de tratamiento mutuamente acordados en la medida de lo posible.
9. Suministrar, en la medida de lo posible, la información que nosotros, o los médicos y profesionales de atención médica necesitamos para brindar atención.
10. Seguir los planes de tratamiento y las instrucciones de salud que haya acordado con sus profesionales de atención médica y su médico.
11. Informar a su médico y a su profesional de atención médica si no comprende su plan de tratamiento o lo que se espera de usted. Debe trabajar con su proveedor para establecer los objetivos del tratamiento. Si no sigue el plan de tratamiento, tiene derecho a recibir información sobre las posibles consecuencias de su decisión.
12. Seguir todas las pautas, las disposiciones, las políticas y los procedimientos del plan de beneficios de salud.
13. Acudir a cualquier sala de emergencias solo cuando crea que tiene una afección médica de emergencia. En lo que respecta a cualquier otro tipo de atención, debe llamar a su proveedor de atención primaria o acudir a un centro de atención de urgencia. También tiene acceso a nuestra Línea de asesoramiento de enfermería las 24 horas, los 7 días de la semana al 1-877-687-1197 y es posible que pueda acceder a los servicios de telemedicina a través de su proveedor o llamando al 1-800-835-2362.
14. Brindarnos información sobre cualquier otra cobertura de atención médica que haya obtenido antes o después de inscribirse con nosotros. Si se inscribe en otra cobertura, debe proporcionarnos la información lo antes posible. Esto es para evitar pagos indebidos. No puede inscribirse en la Cobertura del mercado (Marketplace Coverage) si ya tiene cobertura de Medicare. La Cobertura del mercado es una duplicación para los miembros de Medicare existentes y no proporcionará beneficios adicionales ya que Medicare es la principal.
15. Pagar sus primas mensuales a tiempo y pagar todos los montos correspondientes a deducibles, copagos o porcentajes de coseguro.
16. Recibir todos los servicios y suministros de atención médica a través de los proveedores de la red, excepto que se indique específicamente lo contrario en este contrato.
17. Informar a Washington Health Benefit Exchange u otra entidad a través de la cual se inscribió cualquier cambio en sus ingresos, tamaño de grupo familiar, dirección o elegibilidad de cobertura de salud lo antes posible, antes de que transcurran 60 días a partir de la fecha en que se produjo dicho cambio.
18. Infórmenos de cualquier cambio relacionado con la inscripción que pueda afectar su póliza, tal como: nacimiento o adopción de un hijo, matrimonio, divorcio, agregar/eliminar un dependiente, el cónyuge/pareja de hecho se vuelve elegible con una aseguradora diferente, cambios de inscripción o encarcelamiento donde los montos máximos de gastos de bolsillo o deducible del miembro que se cumplieron previamente dentro del mismo año calendario pueden calificar para cambiar de una póliza a otra póliza.