



Sus derechos y responsabilidades como miembro de CCA Senior Care Options (HMO D-SNP)

SECCIÓN 1 Nuestro plan debe respetar sus derechos y sensibilidades culturales como miembro del plan

Sección 1.1	Debemos proporcionarle información de una manera que sea conveniente para usted y que respete sus sensibilidades culturales (en otros idiomas además de español, en braille, en tamaño de letra grande o en otros formatos alternativos, etc.)
--------------------	---

Su plan debe asegurarse de que todos los servicios, tanto clínicos como no clínicos, se brinden de manera culturalmente competente y sean accesibles para todos los inscritos, incluidos aquellos con competencia limitada de inglés, habilidades de lectura limitadas, incapacidad auditiva, o las personas con orígenes culturales y étnicos diversos. Ejemplos de cómo un plan puede cumplir con estos requisitos de accesibilidad incluyen, entre otros, prestación de servicios de traducción, servicios de interpretación, teletipos o conexión de TTY (teléfono de texto o teléfono de teletipo).

Nuestro plan cuenta con servicios gratuitos de interpretación disponibles para responder a las preguntas. Puede obtener este documento y otros materiales impresos en español u otros idiomas, o hablar con alguien sobre esta información en otros idiomas, de forma gratuita. También podemos proporcionarle información en braille, en tamaño de letra grande o en otros formatos alternativos, sin costo alguno, si lo necesita. Debemos proporcionarle información sobre los beneficios del plan en un formato que sea accesible y adecuado para usted. Para obtener información sobre nosotros de una manera que sea conveniente para usted, llame a Member Services.

Nuestro plan debe brindar a las inscritas la opción de acceder directo a un especialista en salud de la mujer dentro de la red para servicios de atención médica, preventiva y de rutina, para las mujeres.

Si los proveedores de una especialidad dentro de la red del plan no están disponibles, es responsabilidad del plan encontrar proveedores de especialidades fuera de la red que le proporcionen la atención necesaria. Si se encuentra en una situación en la que no hay especialistas dentro de la red del plan que cubran un servicio que necesita, llame al plan para obtener información sobre dónde puede obtener este servicio.

Si tiene alguna dificultad para obtener información sobre nuestro plan en un formato que sea accesible y adecuado para usted, llámenos para presentar una queja ante Member Services al 866-610-2273 (TTY 711). Horario de atención: de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. También puede presentar un reclamo ante Medicare llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o directamente ante la Office for Civil Rights al 1-800-368-1019 o TTY 1-800-537-7697.

Sección 1.2	Debemos asegurarnos de que sea tratado con respecto, reconociendo su dignidad y su derecho a la privacidad
--------------------	---

Nuestro plan debe cumplir con las leyes que lo protegen contra la discriminación o la falta de imparcialidad. No discriminamos a las personas por cuestiones relacionadas con afecciones médicas, estado de salud, recepción de servicios de salud, experiencia con reclamaciones, historia clínica, discapacidad (incluido el deterioro conductual), estado civil, edad, sexo (incluidos los estereotipos sexuales y la identidad de género), orientación sexual, nacionalidad, raza, color, religión, credo, asistencia pública o lugar de residencia.

Si desea obtener más información o tiene alguna inquietud en cuanto a discriminación o un trato que no ha sido imparcial, llame a la U.S. Department of Health and Human Services' Office for Civil Rights al 1-800-368-1010 (TTY 1-800-537-7607) o a su Office for Civil Rights local.

Si usted tiene una discapacidad y necesita ayuda con el acceso a la atención, llámenos a Member Services. Si tiene un reclamo, como un problema con el acceso para sillas de ruedas, Member Services puede ayudarlo.

Para obtener más información sobre cómo protegemos su derecho a la privacidad, consulte la Sección 1.4.

Sección 1.3	Debemos asegurarnos de que tenga acceso oportuno a los servicios y medicamentos cubiertos
--------------------	--

Usted tiene derecho a elegir un proveedor de atención primaria (PCP) de la red del plan que posibilite y coordine los servicios cubiertos. No requerimos que obtenga una remisión para consultar con los proveedores de la red.

Tiene derecho a programar citas con los proveedores de la red del plan y recibir los servicios cubiertos que estos le brinden *dentro de un plazo razonable*. Esto incluye el

derecho a recibir servicios oportunos de los especialistas cuando necesite dicha atención. También tiene derecho a obtener sus medicamentos con receta o a resurtirlos en cualquiera de las farmacias de nuestra red, sin demoras prolongadas.

Todas las consultas de atención urgente y las sintomáticas, en el consultorio o a domicilio, están disponibles en un plazo de 48 horas. Todas las consultas no sintomáticas en el consultorio están disponibles en un plazo de 14 días calendario.

Si cree que no está recibiendo su atención médica o los medicamentos de la Parte D dentro de un tiempo razonable, en el Capítulo 8 de su Evidencia de cobertura, se le indica qué puede hacer.

Sección 1.4	Debemos proteger la privacidad de su información personal de salud
--------------------	---

Las leyes Federales y estatales protegen la privacidad de sus registros médicos y su información personal de salud. Protegemos su información personal de salud según lo exigido por estas leyes.

- Su información personal de salud incluye la **información personal** que nos suministró cuando se inscribió en este plan, así como sus registros médicos y otra información médica y de salud.
- Tiene derechos relacionados con su información y el control sobre cómo se utiliza su información de salud. Le enviamos un aviso por escrito, que se denomina *Notice of Privacy Practice* (Aviso sobre prácticas de privacidad), en el que se le informa sobre estos derechos y se le explica cómo protegemos la privacidad de la información de salud.

¿Cómo protegemos la privacidad de su información de salud?

- Nos aseguramos de que personas no autorizadas no vean ni cambien sus registros.
- Excepto por las circunstancias indicadas a continuación y en nuestro Aviso sobre prácticas de privacidad incluido a continuación, si tenemos la intención de suministrarle su información de salud a otra persona que no le brinda atención ni paga por ella, *estamos obligados a pedirle antes su autorización por escrito a usted o a alguien a quien usted le haya dado el poder legal de tomar decisiones en su nombre.*
- Hay ciertas excepciones que no nos obligan a obtener antes su permiso por escrito. Estas excepciones las permite o exige la ley.
 - Se nos exige dar a conocer información de salud a agencias del gobierno que controlan la calidad de la atención.
 - Dado que usted es miembro de nuestro plan a través de Medicare, se nos requiere proporcionarle a Medicare su información de salud, incluida la

información acerca de sus medicamentos con receta de la Parte D. Si Medicare da a conocer su información para investigación u otros usos, esto se hará de acuerdo con los estatutos y reglamentaciones Federales; por lo general, esto requiere que no se comparta la información que lo identifica de manera única.

Usted puede ver la información en sus registros y saber cómo ha sido compartida con otros

Usted tiene derecho a ver sus registros médicos, mantenidos en el plan, y a obtener una copia de sus registros. También tiene derecho a pedirnos que agreguemos información o corrijamos sus registros médicos. Si usted nos pide hacer esto, trabajaremos con su proveedor de atención médica para decidir si los cambios deben realizarse.

Usted tiene derecho a saber cómo se ha compartido su información de salud con otros para fines que no son de rutina.

Si tiene preguntas o inquietudes sobre la privacidad de su información personal de salud,

llame a Member Services.

Aviso sobre prácticas de privacidad

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO PUEDE USARSE Y DIVULGARSE SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO PUEDE ACCEDER A ESTA INFORMACIÓN. REVÍSELO DETENIDAMENTE.

Fecha de entrada en vigencia: 30 de septiembre de 2024

Commonwealth Care Alliance, Inc., está obligado por ley (i) a proteger la privacidad de su **Información médica (que incluye la información de salud conductual)**; (ii) a brindarle este Aviso sobre prácticas de privacidad que explica nuestras responsabilidades legales y prácticas de privacidad con respecto a la Información médica; y (iii) a notificarle si su Información médica no cifrada se ve afectada por una infracción.

Nos reservamos el derecho a cambiar este Aviso y de hacer que los cambios entren en vigencia para toda la Información médica que administramos. Si hacemos un cambio sustancial en el Aviso, (i) publicaremos el Aviso actualizado en nuestro sitio web; (ii) publicaremos el Aviso actualizado en cada una de las ubicaciones de servicio de Nuestros Proveedores de Atención; y (iii) pondremos a disposición copias del Aviso actualizado cuando se solicite. También le enviaremos a los Miembros de Nuestro Plan de Salud información sobre el Aviso actualizado y cómo obtenerlo (o una copia del Aviso) en el próximo correo anual a los Miembros. Estamos obligados a cumplir con los términos del Aviso que está vigente actualmente.

Información de contacto: Si tiene preguntas sobre la información de este Aviso o desea ejercer sus derechos o presentar un reclamo, póngase en contacto con:

Commonwealth Care Alliance, Inc.

Attention: Privacy and Security Officer

30 Winter Street, 11th Floor

Boston, MA 02108

Número gratuito: 866-457-4953 (TTY 711)

SECCIÓN 1: Compañías a las que se aplica este Aviso

Este Aviso se aplica a Commonwealth Care Alliance, Inc. y a sus subsidiarias que están sujetas a la Norma de Seguridad de la HIPAA como “entidades cubiertas”. Algunas de estas subsidiarias son “**Nuestros Planes de Salud**”: las compañías que proporcionan o pagan los beneficios de Medicare Advantage, los beneficios de MassHealth (Medicaid) u otros beneficios de atención médica, como una aseguradora de salud o HMO. Otras subsidiarias son Nuestros Proveedores de Atención Médica (“**Nuestros Proveedores**”) que les brindan tratamientos a pacientes, como clínicas de atención primaria.

En este Aviso se describe cómo todas estas entidades utilizan y divulgan su

Información médica y sus derechos con respecto a esa información. En la mayoría de los casos, Nuestros Planes de Salud utilizan y divulgan su Información médica de la misma manera que Nuestros Proveedores y sus derechos a su Información médica son los mismos. Sin embargo, cuando existen diferencias, en este Aviso se explicarán esas diferencias describiendo cómo tratamos de manera diferente la Información médica sobre un **Miembro del plan de salud** y la Información médica sobre un **Paciente del proveedor**.

Los Planes de salud y los Proveedores a los que se aplica este Aviso incluyen los siguientes:

Nuestros Planes de Salud

- Commonwealth Care Alliance Senior Care Options
- Commonwealth Care Alliance One Care
- Commonwealth Care Alliance Massachusetts, LLC
- CCA Health Rhode Island, Inc.
- CCA Health Plans of California, Inc.
- CCA Health Michigan, Inc.

Nuestros Proveedores de Atención Médica

- Commonwealth Clinical Alliance, Inc.
- Boston's Community Medical Group, Inc. d/b/a CCA Primary Care
- CCA Physician Organization
- instED®
- Marie's Place
- Community Intensive Care, Inc.

SECCIÓN 2: Información que recopilamos y protegemos:

Las personas son responsables de proporcionar Información médica correcta y completa a Commonwealth Care Alliance, Inc., y sus subsidiarias (CCA) para ofrecer servicios de calidad. CCA se compromete a proteger la confidencialidad de la Información médica de las personas que se recopila o crea, en forma física, electrónica y oral, como parte de nuestras operaciones y prestación de servicios. Cuando interactúa con nosotros a través de nuestros servicios, es posible que recopilemos su Información médica y otra información, tal y como se describe a continuación.

La Información médica puede incluir información personal, pero toda se considera Información médica cuando la proporcione a través de los siguientes servicios, o en relación con ellos:

- Recopilamos su información, como las direcciones de correo electrónico, información personal, financiera o demográfica, cuando nos proporciona dicha

información voluntariamente, como (entre otros) cuando se comunica con nosotros con consultas, completa formularios en línea, responde una de nuestras encuestas, responde a un material publicitario o promocional, se registra para acceder a nuestros servicios, o utiliza ciertos servicios.

La Información protegida de salud (PHI, puede estar en forma oral, escrita o electrónica) que recopilamos, utilizamos y podemos compartir incluye lo siguiente:

- Su nombre, número de seguro social, dirección y fecha de nacimiento
- Sexo asignado al nacimiento
- Raza/origen étnico
- Idioma
- Historia clínica
- Información de inscripción con CCA
- Identidad de género
- Orientación sexual
- Pronombres preferidos

Siempre que CCA recopile Información médica, ponemos a disposición este aviso. Al proporcionarnos Información médica, usted acepta que la utilicemos de acuerdo con este aviso. Si proporciona información a CCA, reconoce y acepta que dicha información puede ser transferida desde su ubicación actual a los centros y servidores de CCA y a los terceros autorizados con quienes CCA hace negocios.

CCA protege su información aplicando las siguientes protecciones administrativas, físicas, electrónicas y técnicas:

Protecciones administrativas:

- Políticas y procedimientos. CCA implementa políticas y procedimientos razonables para cumplir con las normas, las especificaciones de implementación u otros requisitos de la Norma de Seguridad de la HIPAA.
- Proceso de administración de seguridad. CCA implementa políticas y procedimientos para prevenir, detectar, contener y corregir infracciones de seguridad.
- Responsabilidades de seguridad asignadas. El director de Privacidad y Seguridad es responsable del desarrollo e implementación de las políticas y procedimientos de seguridad.
- Seguridad del personal. El acceso a la PHI electrónica se limitará únicamente a aquellos miembros del personal que necesiten acceso a dichos registros para realizar sus responsabilidades laborales.
- Concientización y capacitación en seguridad. CCA implementa un programa de

cumplimiento de privacidad y seguridad que incluye capacitación, educación y concientización para todos los miembros del personal (incluso la junta directiva).

- Procedimientos para incidentes de seguridad. CCA implementa políticas y procedimientos para abordar los incidentes de privacidad y seguridad.
- Plan de contingencia. CCA establece políticas y procedimientos para responder a una emergencia u otra situación (por ejemplo, incendios, vandalismo, fallos del sistema y desastres naturales) que dañan los sistemas que contienen PHI electrónica, que incluyen lo siguiente:

Protecciones físicas:

- Controles de acceso a centros. CCA ha implementado políticas y procedimientos para limitar el acceso físico a sus sistemas de información electrónica y al centro o centros en los que se encuentran, al tiempo que garantiza que se permita el acceso debidamente autorizado.
- Seguridad en la estación de trabajo. CCA implementa protecciones físicas para todas las estaciones de trabajo que acceden a PHI electrónica, para restringir el acceso a usuarios autorizados.
- Controles de dispositivos y medios. CCA implementa políticas y procedimientos que regulan la recepción y eliminación de hardware y medios electrónicos que contienen PHI electrónica dentro y fuera de un centro, y la circulación de estos productos dentro del centro.

Protecciones técnicas y electrónicas:

- Control del acceso. CCA implementa políticas y procedimientos técnicos para los sistemas de información electrónica que administran PHI electrónica para permitir el acceso solo a aquellas personas o programas de software a los que se haya otorgado derechos de acceso.
- Controles de auditoría. CCA implementa mecanismos de hardware, software o procedimientos que registran y examinan la actividad en los sistemas de información que contienen o utilizan PHI electrónica.
- Integridad. CCA implementa políticas y procedimientos para proteger la PHI electrónica de alteraciones o destrucción indebidas.
- Autenticación de personas o entidades. CCA implementa procedimientos para verificar que una persona o entidad que solicita acceso a la PHI electrónica sea realmente quien afirma ser.
- Seguridad de transmisión. CCA implementa medidas de seguridad técnicas para proteger la PHI electrónica contra accesos no autorizados durante su transmisión a través de una red de comunicaciones electrónicas.

SECCIÓN 3: Cómo utilizamos y divulgamos su Información médica

En esta sección de nuestro Aviso, se explica cómo podemos utilizar y divulgar su Información médica para brindar atención médica, pagar por la atención médica, recibir el pago de dicha atención y operar nuestra empresa de manera eficiente. En esta sección, también se describen otras circunstancias en las que podemos utilizar o divulgar su Información médica.

Nuestro modelo de atención requiere que Nuestros Planes de Salud y Nuestros Proveedores de Atención Médica trabajen juntos con otros proveedores de atención médica para brindarle servicios médicos. Nuestro personal profesional, los médicos y otros proveedores de atención (conocidos como un “Equipo de atención”) tienen acceso a su Información médica y se la comparten entre ellos según sea necesario para realizar el tratamiento, el pago y las operaciones de atención médica, según lo permitido por la ley.

Tratamiento: Nuestros Proveedores pueden utilizar la Información médica del paciente y es posible que divulguemos Información médica para proporcionar, coordinar o administrar su atención médica y los servicios relacionados. Esto puede incluir la comunicación con otros proveedores de atención médica en relación con su tratamiento y la coordinación y administración de su atención médica con otros.

Ejemplo: se le da el alta de un hospital. Nuestro profesional en enfermería puede divulgar su Información médica a una agencia de atención médica a domicilio para asegurarse de que obtenga los servicios que necesita después del alta del hospital.

Ejemplo: selecciona un Proveedor de atención primaria. Es posible que le proporcionemos a su Proveedor de atención primaria algo de información sobre usted, como su número de teléfono, dirección y que prefiere hablar español para que el PCP pueda comunicarse con usted para programar la atención o enviarle recordatorios.

Pago: es posible que utilicemos y divulguemos su Información médica para pagar los servicios de atención médica que recibió y para recibir el pago de otros por dichos servicios.

Ejemplo: para procesar y pagar las reclamaciones por los servicios de atención médica y el tratamiento que recibió.

Su médico puede enviarle a Nuestro Plan de Salud una reclamación por los servicios de atención médica que le brindaron. El Plan de salud puede usar esa información para pagar la reclamación de su médico y puede divulgarle la Información médica a Medicare o a MassHealth (Medicaid) cuando el Plan de salud solicita el pago de los servicios.

Ejemplo: para proporcionarle información a un médico o al hospital para confirmar sus beneficios

Operaciones de atención médica: podemos utilizar y divulgar su Información médica para realizar una variedad de actividades comerciales que nos permiten administrar los

beneficios a los que tiene derecho en virtud de Nuestro Plan de Salud y el tratamiento brindado por Nuestro Proveedor.

Por ejemplo, podemos usar o divulgar su Información médica por las siguientes razones:

- Revisar y evaluar las habilidades, las calificaciones y el rendimiento de los proveedores de atención médica que lo tratan.
- Cooperar con otras organizaciones que evalúan la calidad de la atención de los demás.
- Determinar si tiene derecho a recibir beneficios en virtud de nuestra cobertura; sin embargo, la ley nos prohíbe utilizar su información genética con fines de evaluación de riesgos.

A continuación, se incluyen algunos ejemplos de maneras en que utilizamos la PHI:

- Para revisar la calidad de la atención y los servicios que recibe.
- Para ayudarle y brindarle información y servicios, educativos y de mejora de la salud, por ejemplo, para afecciones como la diabetes.
- Para informarle de los servicios y programas adicionales que pueden ser de su interés o ayudarle, por ejemplo, un beneficio para ayudarle a pagar las clases de acondicionamiento físico.
- Para recordarle que se realice evaluaciones regulares de salud, pruebas de detección o controles.
- Para desarrollar programas e iniciativas de mejora de la calidad, incluidos la creación, el uso o el intercambio de datos desidentificados según lo permitido por la HIPAA.
- Investigar y enjuiciar casos, como el fraude, el desperdicio o el abuso.

Actividades Conjuntas. Commonwealth Care Alliance, Inc., y sus subsidiarias tienen un acuerdo para trabajar en conjunto para mejorar la salud y reducir los costos. Podemos participar en acuerdos similares con otros proveedores de atención médica y planes de salud. Podemos intercambiar su Información médica con otros participantes de estos acuerdos para el tratamiento, el pago y las operaciones de atención médica relacionados con las actividades conjuntas de estos “acuerdos de atención médica organizados”.

Personas involucradas en su atención: podemos divulgar su Información médica a un pariente, amigo cercano o cualquier otra persona que usted identifique como involucrada en su atención médica. Por ejemplo, si nos pide que compartamos su Información médica con su cónyuge, le divulgaremos su Información médica a su cónyuge. También podemos divulgar su Información médica a estas personas si usted no está disponible para aceptar y determinamos que es lo más conveniente para usted. En caso de emergencia, podemos utilizar o divulgar su Información médica a un

familiar, otra persona involucrada en su atención médica o una organización de socorro en desastres (como la Red Cross), si necesitamos notificar a alguien sobre su ubicación o afección.

Según lo estipula la ley: utilizaremos y divulgaremos su Información médica cada vez que la ley lo exija. Entre algunos de los ejemplos, se incluyen los siguientes:

- Divulgaremos Información médica en respuesta a una orden judicial o en respuesta a una citación.
- Utilizaremos o divulgaremos Información médica para ayudar con un producto retirado del mercado o informar reacciones adversas a los medicamentos.
- Divulgaremos Información médica a una agencia de supervisión de la salud, una agencia responsable de supervisar los planes de salud, los proveedores de atención médica, el sistema de atención médica en general o ciertos programas gubernamentales, como Medicare y MassHealth (Medicaid).
- Divulgaremos la Información médica de una persona a alguien que reúne los requisitos como su Representante personal. Una "Representante personal" tiene la autoridad legal para actuar en nombre de la persona, como el padre o tutor de un niño, una persona con un poder de representación para las decisiones de atención médica o un tutor designado por el tribunal para una persona con discapacidad.

Amenaza para la salud o la seguridad: podemos utilizar o divulgar su Información médica si consideramos que es necesario prevenir o disminuir una amenaza grave para la salud o la seguridad.

Actividades de salud pública: podemos utilizar o divulgar su Información médica para actividades de salud pública, como investigar enfermedades, informar sobre abuso y negligencia, infantil o doméstica, y monitorear medicamentos o dispositivos regulados por la Food and Drug Administration.

Cumplimiento de la ley: podemos divulgar Información médica a un funcionario responsable del cumplimiento de la ley con fines específicos y limitados, como divulgaciones de Información médica sobre la víctima de un crimen o en respuesta a una citación del gran jurado. También podemos divulgar Información médica sobre un recluso de una institución correccional.

Médicos forenses y otros: podemos divulgar Información médica a un médico forense, un examinador médico o un director de funerarias o a organizaciones que ayudan con trasplantes de órganos, ojos y tejidos.

Compensación laboral: podemos divulgar Información médica según lo autorizan las leyes de compensación laboral, y en cumplimiento de ellas.

Organizaciones de investigación: podemos utilizar o divulgar su Información médica para investigaciones que cumplan con ciertas condiciones sobre la protección de la

privacidad de la Información médica.

Ciertas funciones gubernamentales: podemos utilizar o divulgar su Información médica para ciertas funciones gubernamentales, incluidas, entre otras, las actividades del ejército y de veteranos, y las actividades de seguridad nacional e inteligencia.

Socios comerciales: tenemos un contrato con proveedores para realizar funciones en nuestro nombre. A estos “**socios comerciales**”, les permitimos recopilar, utilizar o divulgar Información médica en nuestro nombre para realizar estas funciones. Obligamos contractualmente a nuestros socios comerciales (y ellos están obligados por ley) a proporcionar las mismas protecciones de privacidad que nosotros ofrecemos.

Comunicaciones para recaudación de fondos: podemos utilizar o divulgar Información médica para la recaudación de fondos. Si recibe una solicitud de recaudación de fondos de nosotros (o en nuestro nombre), puede optar por no participar en las actividades de recaudación de fondos futuras.

Comunicaciones para recaudación de fondos: podemos utilizar o divulgar Información médica

para la recaudación de fondos. Si recibe una solicitud de recaudación de fondos de nosotros (o en nuestro nombre), puede optar por no participar en las actividades de recaudación de fondos futuras.

Restricciones adicionales respecto de la utilización y divulgación en virtud de las leyes estatales y otras leyes Federales: Algunas leyes estatales u otras leyes federales pueden requerir protecciones especiales de privacidad que restringen aún más la utilización y divulgación de cierta información de salud sensible. Dichas leyes pueden proteger los siguientes tipos de información:

1. Información sobre el consumo de alcohol y sustancias
2. Información biométrica
3. Información sobre abuso o negligencia de menores o adultos
4. Información sobre violencia doméstica
5. Información genética
6. Información sobre el VIH/SIDA
7. Información sobre salud conductual
8. Información sobre salud reproductiva y aborto
9. Información sobre enfermedades de transmisión sexual

Cuando las leyes estatales u otras leyes federales le ofrecen una mayor protección de la privacidad, cumpliremos con los requisitos más estrictos, cuando se apliquen a nosotros

SECCIÓN 4: Otros usos y divulgaciones requieren su autorización previa

Excepto como se describe anteriormente, no utilizaremos o divulgaremos su

Información médica sin su permiso por escrito (“**autorización**”). Es posible que nos comuniquemos con usted para pedirle que firme un formulario de autorización para nuestros usos y divulgaciones, o puede comunicarse con nosotros para divulgarle su Información médica a otra persona y tendremos que pedirle que firme un formulario de autorización.

Si firma una autorización por escrito, puede revocarla (o cancelarla) en el futuro. Si desea revocar su autorización, debe hacerlo por escrito (envíenosla utilizando la **Información de contacto** al inicio de este Aviso). Si revoca su autorización, dejaremos de utilizar o divulgar su Información médica según la autorización, excepto en la medida en que hayamos actuado conforme a dicha autorización. Los siguientes son usos o divulgaciones de su Información médica para los cuales necesitamos su autorización por escrito:

- **Utilización o divulgación con fines de “marketing”:** Solo podemos utilizar o divulgar su Información médica con fines de “marketing” si tenemos su autorización por escrito. No obstante, podemos enviarle información sobre determinados productos y servicios relacionados con la salud sin su autorización por escrito, siempre y cuando nadie nos pague para enviar la información.
- **Venta de su Información médica:** Commonwealth Care Alliance, Inc., no venderá su Información médica. Para hacerlo, necesitaríamos su autorización por escrito.
- **Utilización y divulgación de notas de psicoterapia:** excepto en determinadas actividades de tratamiento, pago y operaciones de atención médica, o según lo exigido por la ley, solo podemos utilizar o divulgar sus notas de psicoterapia si tenemos su autorización por escrito.

No utilizaremos de manera indebida su raza, origen étnico, idioma, situación de discapacidad, identidad de género u orientación sexual para lo siguiente:

- Determinar beneficios
- Pagar reclamaciones
- Determinar su costo o elegibilidad para los beneficios (costos de \$0 para los miembros de SCO)
- Discriminar a los miembros por cualquier motivo
- Determinar la disponibilidad o el acceso a servicios de atención médica o administrativos

SECCIÓN 5: Usted tiene derechos con respecto a su Información médica

Tiene ciertos derechos con respecto a su Información médica. Para ejercer cualquiera de estos derechos, puede ponerse en contacto con nosotros utilizando la **Información de contacto** al inicio de este Aviso.

Derecho a una copia de este Aviso: tiene derecho a recibir una copia impresa de

nuestro Aviso sobre prácticas de privacidad en cualquier momento, incluso si aceptó recibir el Aviso de manera electrónica.

Derecho de acceso para inspección y copia: tiene derecho a inspeccionar (ver o revisar) y recibir una copia o resumen de su Información médica que administramos en un “conjunto de registros designado”. Si mantenemos esta información de forma electrónica, puede obtener una copia electrónica de estos registros. También puede instruir a Nuestros Proveedores de Atención Médica para enviarle a un tercero una copia electrónica de la información sobre usted que administramos en un Registro médico electrónico. Debe proporcionarnos una solicitud por escrito para este acceso. Es posible que le cobremos una tarifa razonable, basada en el costo para cubrir los costos de una copia de su Información médica. En virtud de la Norma de Seguridad de la HIPAA y en circunstancias muy limitadas, podemos denegar esta solicitud. Le brindaremos una denegación por escrito, a más tardar, en un plazo de 30 días calendario después de la solicitud (o no más de 60 días calendario si le comunicamos una extensión).

Derecho a solicitar que se modifique su Información médica: si cree que la Información médica que tenemos es inexacta o está incompleta, tiene derecho a solicitar que la modifiquemos, corrijamos o completemos. Su solicitud debe hacerse por escrito e incluir una explicación de por qué nuestra información debe cambiarse. Si estamos de acuerdo, cambiaremos su información. Si no estamos de acuerdo, le brindaremos una explicación con futuras divulgaciones de la información.

Derecho a un registro de divulgaciones: tiene derecho a recibir una lista de ciertas divulgaciones que hacemos sobre su Información médica (“**registro de divulgaciones**”). La lista no incluirá divulgaciones para el tratamiento, el pago y las operaciones de atención médica, las divulgaciones hechas hace más de seis años, ni ciertas otras divulgaciones. Proporcionaremos un registro cada año de forma gratuita, pero es posible que le cobremos un cargo razonable, basado en el costo, si solicita otro dentro de un plazo de 12 meses. Debe presentar la solicitud de un registro de divulgaciones por escrito.

Derecho a solicitar restricciones sobre usos y divulgaciones: tiene derecho a solicitar que limitemos cómo utilizamos y divulgamos su Información médica (i) para el tratamiento, el pago y las operaciones de atención médica o (ii) a personas involucradas en su atención médica. Excepto en los casos descritos a continuación, no tenemos la obligación de aceptar la restricción que solicita. Si aceptamos su solicitud, cumpliremos sus restricciones, a menos que la información sea necesaria para el tratamiento de emergencia.

Nuestros Proveedores de Atención Médica deben aceptar su solicitud de limitar las divulgaciones de Información médica si (i) las divulgaciones son para los pagos u operaciones de atención médica (y no son obligatorios por ley) y (ii) la información corresponde solo a los productos o servicios de atención médica que usted u otra

persona en su nombre (que no sean Nuestros Planes de Salud) han pagado en su totalidad.

Derecho a solicitar un método alternativo de contacto: tiene derecho a solicitar por escrito que nos comunicamos con usted en un lugar diferente o mediante un método diferente. Por ejemplo, puede preferir que le envíen toda la información escrita por correo a la dirección de su trabajo en lugar de a la dirección de su hogar o que se la envíen por correo electrónico. Nuestros Proveedores de Atención Médica aceptarán cualquier solicitud razonable de métodos alternativos de contacto.

SECCIÓN 6: Puede presentar un reclamo sobre nuestras prácticas de privacidad

Si cree que se han infringido sus derechos de privacidad, puede presentar un reclamo por escrito ante Commonwealth Care Alliance, Inc. o el U.S. Department of Health and Human Services.

Commonwealth Care Alliance, Inc., no tomará ninguna medida en contra de usted o cambiará la forma en que lo tratamos de ninguna manera si presenta un reclamo.

Para presentar un reclamo por escrito o solicitar más información de Commonwealth Care Alliance, Inc., comuníquese con nosotros utilizando la **Información de contacto** al inicio de este Aviso.

SECCIÓN 7: Requisitos específicos del estado

Massachusetts Immunization Information Systems: Nuestros Proveedores deben informarle sobre las vacunas que reciba al Massachusetts Immunization Information System (MIIS). El MIIS es un sistema estatal para mantener un registro de las vacunas y lo administra el Massachusetts Department of Public Health (MDPH). Si no quiere que se compartan sus registros del MIIS con otros proveedores de atención médica, deberá enviar un Formulario de objeción al intercambio de datos a:

Massachusetts Immunization Information System (MIIS)

Immunization Program

Massachusetts Department of Public Health

305 South Street

Jamaica Plain, MA 02130

Estamos aquí para ayudarle

866-610-2273 (TTY 711), de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana.

Sección 1.5	Debemos proporcionarle información acerca del plan, sus proveedores de la red y los servicios cubiertos
--------------------	--

Como miembro de CCA Senior Care Options (HMO D-SNP), tiene derecho a obtener de nosotros varios tipos de información.

Si desea obtener cualquiera de los siguientes tipos de información, llame a Member Services:

- **Información sobre nuestro plan.** Esto incluye, por ejemplo, información sobre la situación financiera del plan.
- **Información acerca de nuestros proveedores y farmacias de la red.** Usted tiene derecho a obtener información sobre las calificaciones de los proveedores y las farmacias de nuestra red y cómo les pagamos a los proveedores de nuestra red.
- **Información acerca de su cobertura y las normas que debe seguir para utilizarla.** En los Capítulos 3 y 4 de su Evidencia de cobertura, se proporciona información sobre los servicios médicos. En el Capítulo 5, se proporciona información sobre la cobertura para medicamentos con receta de la Parte D.
- **Información sobre los motivos por los que algo no está cubierto y lo que puede hacer al respecto.** En el Capítulo 8 de su Evidencia de cobertura, se proporciona información sobre cómo solicitar una explicación por escrito sobre por qué un servicio médico o medicamento de la Parte D no está cubierto o si su cobertura tiene una restricción. En el Capítulo 8, también se proporciona información sobre cómo solicitarnos que cambiemos una decisión, también denominada una apelación.

Sección 1.6	Debemos apoyar su derecho a participar con los profesionales y los proveedores en la toma de decisiones sobre su atención
--------------------	--

Usted tiene derecho a conocer sus opciones de tratamiento y participar en las decisiones sobre su atención médica

Tiene derecho a obtener toda la información completa de sus médicos y de otros proveedores de atención médica. Sus proveedores deben explicar su afección médica y sus opciones de tratamiento *de manera que usted pueda comprender*.

Usted también tiene derecho a participar plenamente en las decisiones sobre su atención médica. Para ayudarlo a tomar decisiones con sus médicos acerca de qué tratamiento es mejor para usted, sus derechos son los siguientes:

- **Saber acerca de todas sus opciones.** Tiene el derecho a que se le informe

sobre todas las opciones de tratamiento que se recomiendan para su afección, independientemente de su costo o si son cubiertas por nuestro plan. También incluye la información sobre los programas que nuestro plan ofrece para ayudar a los miembros a administrar sus medicamentos y utilizarlos de forma segura.

- **Saber acerca de los riesgos.** Usted tiene el derecho a que se le informe sobre los riesgos involucrados en su atención médica. Se le debe informar por adelantado si alguna atención médica o tratamiento propuesto es parte de un experimento de investigación. Siempre tiene la opción de rechazar cualquier tratamiento experimental.
- **El derecho a decir “no”.** Tiene el derecho a rechazar cualquier tratamiento recomendado. Esto incluye el derecho a retirarse de un hospital u otro centro médico, incluso si su médico le aconseja quedarse. También tiene el derecho a dejar de tomar su medicamento. Desde luego que, si rechaza el tratamiento o deja de tomar los medicamentos, usted acepta la responsabilidad plena de lo que le ocurra a su cuerpo como consecuencia de ello.
- **Recibir una explicación si se le deniega la cobertura para su atención.** Tiene derecho a que nosotros le brindemos una explicación si un proveedor ha denegado la atención que usted considera que debería recibir. Para recibir esta explicación, deberá pedirnos una decisión de cobertura. En el Capítulo 8 de su Evidencia de cobertura, se indica cómo pedirle al plan una decisión de cobertura.
- **Estar libre de cualquier forma de restricción.** Tiene derecho a estar libre de restricciones o aislamiento utilizados como métodos de coacción, disciplina, conveniencia o represalia.

Tiene derecho a dar instrucciones sobre lo que debe hacerse si está inhabilitado para tomar decisiones médicas por usted mismo

A veces, las personas no pueden tomar decisiones sobre su atención médica por sí solas a causa de algún accidente o enfermedad grave. Usted tiene derecho a decir lo que desea que suceda si está en esta situación. Esto significa que, *si así lo desea*, puede realizar lo siguiente:

- Llenar un formulario por escrito para otorgarle a **alguien la autoridad legal para tomar decisiones médicas por usted** en caso de que alguna vez no tenga la capacidad de tomar decisiones por sí mismo.
- **Darles a sus médicos instrucciones por escrito** acerca de cómo desea que manejen su atención médica en caso de que no tenga la capacidad para tomar decisiones por sí mismo.

Los documentos legales que puede utilizar para dar sus instrucciones con anticipación para estos casos se denominan **instrucciones anticipadas**. Existen diferentes tipos de

instrucciones anticipadas y nombres diferentes para ellas. Los documentos denominados **testamento vital** y **poder de representación para las decisiones de atención médica** son ejemplos de instrucciones anticipadas.

Si desea utilizar una instrucción anticipada para dar a conocer sus instrucciones, debe realizar lo siguiente:

- **Obtener el formulario.** Puede comunicarse con Member Services para solicitar un formulario proporcionado por Honoring Choices Massachusetts. También puede descargar una copia del formulario desde el sitio web de Honoring Choices Massachusetts (www.honoringchoicesmass.com).
- **Completarlo y firmarlo.** Independientemente del lugar donde obtenga este formulario, tenga en cuenta que se trata de un documento legal. Debe considerar solicitarle a un abogado que lo ayude a prepararlo.
- **Entregarles copias a las personas pertinentes.** Debe entregarles una copia del formulario a su médico y a la persona que nombre en el formulario para que tome las decisiones por usted si usted no puede. Quizás desee darles copias a algunos amigos cercanos o miembros de la familia. Guarde una copia en casa.

Si sabe con anticipación que deberá hospitalizarse y ha firmado instrucciones anticipadas, **lleve una copia cuando vaya al hospital.**

- En el hospital, se le preguntará si ha firmado un formulario de instrucciones anticipadas y si lo lleva con usted.
- Si no ha firmado un formulario de instrucciones anticipadas, el hospital tiene formularios disponibles y le preguntarán si desea firmar uno.

Recuerde que es su elección si desea llenar un formulario de instrucción anticipada (incluso si desea firmar uno estando en el hospital). Según la ley, nadie puede negarse a brindarle atención ni puede discriminarlo por haber firmado o no una instrucción anticipada.

¿Qué pasa si sus instrucciones no se siguen?

Si ha firmado un poder para la atención médica y sus deseos no se han cumplido, puede presentar un reclamo ante el Massachusetts Department of Public Health, Division of Healthcare Quality's Complaint Unit llamando al 1-800-462-5540. Para presentar un reclamo contra un proveedor de atención médica individual, llame a la Board of Registration in Medicine al 781-876-8200.

Sección 1.7

Tiene derecho a presentar reclamos o apelaciones sobre la organización o sobre la atención que brinda

Si tiene algún problema, inquietud o reclamos y necesita solicitar cobertura, o presentar una apelación, en el Capítulo 8 de su Evidencia de cobertura, se le indica qué puede hacer. Independientemente de lo que haga, ya sea solicitar una decisión de cobertura,

presentar una apelación o hacer un reclamo, **estamos obligados a tratarlo con imparcialidad.**

Puede presentar una apelación interna directamente ante nuestro plan. En el Capítulo 8 de su Evidencia de cobertura, se indica lo que debe hacer para presentar una apelación directamente ante el plan. También puede presentar una apelación interna a través de la Social Security Administration o de la Railroad Retirement Board, que enviará la apelación a nuestro plan. Para obtener detalles sobre cómo ponerse en contacto con la Social Security Administration o la Railroad Retirement Board, consulte el Capítulo 2 de su Evidencia de cobertura.

Sección 1.8	Tiene derecho a hacer recomendaciones sobre los derechos y responsabilidades de nuestros miembros
--------------------	--

Si tiene alguna recomendación sobre nuestra política de derechos y responsabilidades de los miembros, puede compartir su sugerencia llamando a Member Services.

Sección 1.9	¿Qué puede hacer si siente que está siendo tratado injustamente o que sus derechos no son respetados?
--------------------	--

Si se trata de discriminación, llame a la Office for Civil Rights

Si siente que no se lo ha tratado con imparcialidad o que no se han respetado sus derechos debido a cuestiones de raza, discapacidad, religión, sexo, salud, origen étnico, credo (creencias), edad, orientación sexual o nacionalidad, debe llamar a la Department of Health and Human Services' **Office for Civil Rights** al 1-800-368-1019 o TTY 1-800-537-7697, o a su Office for Civil Rights local.

¿Se trata de algo diferente?

Si siente que ha sido tratado injustamente o que sus derechos no han sido respetados, y *no* se trata de discriminación, puede obtener ayuda para tratar el problema que está enfrentando, como la siguiente:

- Puede **llamar a Member Services.**
- Puede **llamar al Massachusetts Serving the Health Insurance Needs of Everyone (SHINE) Program.** Para obtener detalles, consulte la Sección 3 del Capítulo 2 de su Evidencia de cobertura.
- O bien, **puede llamar a Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana (TTY 1-877-486-2048).
- Puede **llamar a MassHealth (Medicaid)** al 1-800-841-2900, el autoservicio está disponible durante las 24 horas del día en inglés y otros idiomas. Otros servicios están disponibles de 8 am a 5 pm, de lunes a viernes. Los usuarios de TTY deben llamar al: 1-800-407-4648.
- También puede **obtener ayuda del My Ombudsman Program** llamando al 1-

855-781-9898 (o utilizando MassRelay al 711 para llamar al 1-855-781-9898 o al videoteléfono (VP) 339-224-6831) o enviando un correo electrónico a info@myombudsman.org.

Sección 1.10 ¿Qué puede hacer si desea saber más sobre las Iniciativas para la Mejora de la Calidad de CCA Senior Care Options?

La mejora significativa y sostenida de la salud y el bienestar de los miembros es el principal objetivo del programa de administración de la calidad de CCA. Algunas de las formas en que CCA lo hace son las siguientes:

- Mejorando permanentemente la calidad de la atención clínica y servicios que reciben los miembros de CCA.
- Optimizando la satisfacción de los miembros respecto de la atención que reciben de los proveedores de la red y de CCA.
- Mejorando la salud de las comunidades a las que CCA presta servicio.

Consulte la sección Sus Derechos como Miembros de nuestro sitio web ccama.org para obtener más información sobre los programas de mejora de la calidad de CCA.

Sección 1.11 Cómo obtener más información sobre sus derechos
--

Hay varios lugares donde puede obtener más información sobre sus derechos, como los siguientes:

- Puede **llamar a Member Services**.
- Puede **llamar al Massachusetts Serving the Health Insurance Needs of Everyone (SHINE) Program**. Para obtener detalles, consulte la Sección 3 del Capítulo 2 de su Evidencia de cobertura.
- Puede comunicarse con **Medicare**.
 - Puede visitar el sitio web de Medicare para leer o descargar la publicación *Medicare Rights & Protections* (Derechos y protecciones de Medicare). (La publicación está disponible en: www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf).
 - O bien, puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana (TTY 1-877-486-2048).

SECCIÓN 2

Usted tiene algunas responsabilidades como miembro del plan

Lo que tiene que hacer como miembro del plan se detalla a continuación. Si tiene preguntas, llame a Member Services.

- **Familiarícese con sus servicios cubiertos y las normas que debe seguir para obtenerlos.** En esta Evidencia de cobertura, aprenderá lo que está cubierto y las normas que debe cumplir para obtener estos servicios cubiertos.
 - En los Capítulos 3 y 4 de su Evidencia de cobertura, se proporcionan detalles sobre sus servicios médicos.
 - En el Capítulo 5 de su Evidencia de cobertura, se proporcionan detalles sobre su cobertura para medicamentos con receta de la Parte D.
- **Si, además de nuestro plan, tiene cobertura de otro seguro de salud u otra cobertura para medicamentos con receta, debe comunicárnoslo.** Llame a Member Services para informarnos.
- **Dígales al médico y a otros proveedores de atención médica que está inscrito en nuestro plan.** Muestre la tarjeta de miembro del plan cada vez que obtenga atención médica o medicamentos con receta de la parte D.
- **Permita que sus médicos y otros proveedores lo ayuden dándole información, haciendo preguntas y realizando un seguimiento de su atención.**
 - Para recibir la mejor atención posible, infórmeles a sus médicos y a otros proveedores de salud sobre sus problemas de salud. Siga las instrucciones y planes de tratamiento que usted y sus médicos acordaron.
 - Asegúrese de que los médicos conozcan todos los medicamentos que está tomando, incluidos los medicamentos de venta libre, las vitaminas y los suplementos.
 - Si usted tiene preguntas, asegúrese de hacerlas y que le den una respuesta que pueda comprender.
- **Sea considerado.** Esperamos que todos nuestros miembros respeten los derechos de otros pacientes. También esperamos que usted actúe de una manera que contribuya al buen funcionamiento del consultorio de su médico, hospitales y otras oficinas.
- **Pague lo que debe.** Como miembro del plan, usted es responsable de estos pagos:
 - Debe continuar pagando las primas de Medicare para seguir siendo miembro del plan.

- Si tiene Medicare, debe continuar pagando las primas de Medicare para seguir siendo miembro del plan. Para la mayoría de los miembros de CCA Senior Care Options (HMO D-SNP), MassHealth (Medicaid) paga su prima de la Parte A (si no reúne los requisitos automáticamente) y sus primas de la Parte B. Si MassHealth (Medicaid) no paga por usted las primas de Medicare, usted debe continuar pagando las primas de Medicare para seguir siendo miembro del plan.
- Si recibe algún servicio médico o medicamento que no estén cubiertos por nuestro plan, debe pagar el costo total.
- **Si se muda *dentro* del área de servicio de nuestro plan, debemos saberlo** para mantener actualizado su registro de membresía y para saber cómo podemos ponernos en contacto con usted.
- **Si se muda *fuera* del área de servicio de nuestro plan, no puede seguir siendo miembro de nuestro plan.**
- Si se muda, también es importante que se lo comunique al Social Security (o a la Railroad Retirement Board).
- **Concientización sobre la recuperación del patrimonio:** la ley federal exige que MassHealth (Medicaid) recupere dinero de los patrimonios de determinados miembros de MassHealth (Medicaid) que sean mayores de 55 años y miembros de cualquier edad que estén recibiendo atención a largo plazo en un hogar de convalecencia u otra institución médica. Para obtener más información sobre la recuperación del patrimonio de Massachusetts MassHealth (Medicaid), visite www.mass.gov/estaterecovery.

CCA Senior Care Options (HMO D-SNP) es un plan de salud que tiene contratos con Medicare y el programa de Medicaid de la Mancomunidad de Massachusetts para proporcionar los beneficios de ambos programas a los inscritos. La inscripción depende de la renovación del contrato.

ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 866-610-2273 (TTY 711).

Puede obtener este documento gratuitamente en otros formatos, como letra grande, braille o audio. Llame al 866-610-2273 (TTY 711), de 8am a 8pm, los 7 días de la semana. La llamada es gratis.

Aviso de no discriminación

Commonwealth Care Alliance, Inc. cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina a las personas, no las excluye, ni las trata diferente debido a su enfermedad, estado de salud, recepción de servicios de salud, experiencia con reclamaciones, antecedentes médicos, discapacidad (incluida la discapacidad mental), estado civil, edad, sexo (incluidos los estereotipos sexuales y la identidad de género), orientación sexual, nacionalidad, raza, color, religión, credo, asistencia pública o lugar de residencia. Commonwealth Care Alliance, Inc.:

- Proporciona ayuda y servicios gratuitos a personas con discapacidades para comunicarse con nosotros de manera eficiente, por ejemplo:
 - Intérpretes de lenguaje de señas calificados.
 - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos).
- Proporciona servicios lingüísticos gratuitos a personas cuyo idioma principal no es el inglés, como los siguientes:
 - Intérpretes calificados.
 - Información escrita en otros idiomas.

Si necesita estos servicios, comuníquese con Servicios al Miembro.

Si cree que Commonwealth Care Alliance, Inc. no le ha proporcionado estos servicios o le ha discriminado de algún otro modo por su enfermedad, estado de salud, recepción de servicios de salud, experiencia con reclamaciones, antecedentes médicos, discapacidad (incluida la discapacidad mental), estado civil, edad, sexo (incluidos los estereotipos sexuales y la identidad de género), orientación sexual, nacionalidad, raza, color, religión, credo, asistencia pública o lugar de residencia, puede presentar una queja formal ante:

Commonwealth Care Alliance, Inc.

Civil Rights Coordinator

30 Winter Street, 11th Floor

Boston, MA 02108

Teléfono: 617-960-0474, ext. 3932 (TTY 711) Fax:857-453-4517

Correo electrónico: civilrightscoordinator@commonwealthcare.org

Puede presentar una queja formal en persona, o por correo postal, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una queja formal, el Coordinador de Derechos Civiles está disponible para ayudarle.

También puede presentar un reclamo de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, de manera electrónica a través del Portal de reclamos de la Oficina de Derechos Civiles disponible en ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf, o bien, por correo postal o por teléfono a:

U.S. Department of Health and Human Services

200 Independence Avenue, SW

Room 509F, HHH Building

Washington, D.C. 20201

Teléfono: 800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

Los formularios de reclamo están disponibles en www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html.

Multi-language Interpreter Services

English: We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at 1-866-610-2273 (TTY 711). Someone who speaks English can help you. This is a free service.

Spanish: Tenemos servicios de intérprete sin costo alguno para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para hablar con un intérprete, por favor llame al 1-866-610-2273 (TTY 711). Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

Chinese Mandarin: 我们提供免费的翻译服务, 帮助您解答关于健康或药物保险的任何疑问。如果您需要此翻译服务, 请致电 1-866-610-2273 (TTY 711)。我们的中文工作人员很乐意帮助您。这是一项免费服务。

Chinese Cantonese: 您對我們的健康或藥物保險可能存有疑問, 為此我們提供免費的翻譯服務。如需翻譯服務, 請致電 1-866-610-2273 (TTY 711)。我們講中文的人員將樂意為您提供幫助。這是一項免費服務。

Tagalog: Mayroon kaming libreng serbisyo sa pagsasaling-wika upang masagot ang anumang mga katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggamot. Upang makakuha ng tagasaling-wika, tawagan lamang kami sa 1-866-610-2273 (TTY 711). Maaari kayong tulungan ng isang nakakapagsalita ng Tagalog. Ito ay libreng serbisyo.

French: Nous proposons des services gratuits d'interprétation pour répondre à toutes vos questions relatives à notre régime de santé ou d'assurance-médicaments. Pour accéder au service d'interprétation, il vous suffit de nous appeler au 1-866-610-2273 (TTY 711). Un interlocuteur parlant Français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

Vietnamese: Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời các câu hỏi về chương sức khỏe và chương trình thuốc men. Nếu quý vị cần thông dịch viên xin gọi 1-866-610-2273 (TTY 711) sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí.

German: Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihren Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter 1-866-610-2273 (TTY 711). Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

Korean: 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 답해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 1-866-610-2273 (TTY 711) 번으로 문의해 주십시오. 한국어를 하는 담당자가 도와 드릴 것입니다. 이 서비스는 무료로 운영됩니다.

Russian: Если у вас возникнут вопросы относительно страхового или медикаментного плана, вы можете воспользоваться нашими бесплатными услугами переводчиков. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, позвоните нам по телефону 1-866-610-2273 (телетайп 711). Вам окажет помощь сотрудник, который говорит по-русски. Данная услуга бесплатная.

Arabic: إننا نقدم خدمات المترجم الفوري المجانية للإجابة عن أي أسئلة تتعلق بالصحة أو جدول الأدوية لدينا. للحصول على مترجم فوري، ليس عليك سوى الاتصال بنا على 1-866-610-2273 (رقم هاتف الصم والبكم 711). سيقوم شخص ما يتحدث العربية بمساعدتك. هذه خدمة مجانية.

Hindi: हमारे स्वास्थ्य या दवा की योजना के बारे में आपके किसी भी प्रश्न के जवाब देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाषिया सेवाएँ उपलब्ध हैं. एक दुभाषिया प्राप्त करने के लिए, बस हमें 1-866-610-2273 (TTY 711) पर फोन करें. कोई व्यक्ति जो हिन्दी बोलता है आपकी मदद कर सकता है. यह एक मुफ्त सेवा है.

Italian: È disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario e farmaceutico. Per un interprete, contattare il numero 1-866-610-2273 (TTY 711). Un nostro incaricato che parla Italianovi fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

Portuguese: Dispomos de serviços de interpretação gratuitos para responder a qualquer questão que tenha acerca do nosso plano de saúde ou de medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número 1-866-610-2273 (TTY 711). Irá encontrar alguém que fale o idioma Português para o ajudar. Este serviço é gratuito.

French Creole: Nou genyen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou ta genyen konsènan plan medikal ouwa dwòg nou an. Pou jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan 1-866-610-2273 (TTY 711). Yon moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.

Polish: Umożliwiamy bezpłatnie skorzystanie z usług tłumacza ustnego, który pomoże w uzyskaniu odpowiedzi na temat planu zdrowotnego lub dawkowania leków. Aby skorzystać z pomocy tłumacza znającego język polski, należy zadzwonić pod numer 1-866-610-2273 (TTY 711). Ta usługa jest bezpłatna.

Japanese: 当社の健康 健康保険と薬品 処方薬プランに関するご質問にお答えするために、無料の通訳サービスがあります。通訳をご用命になるには、1-866-610-2273 (TTY 711) にお電話ください。日本語を話す人者が支援いたします。これは無料のサービスです。

Gujarati: અમારી આરોગ્ય અથવા દવાની યોજના વિશે તમને હોય તેવા કોઈપણ પ્રશ્નોના જવાબ આપવા માટે અમારી પાસે મફત દુભાષિયા સેવાઓ છે. દુભાષિયા મેળવવા માટે, અમને ફક્ત 1-866-610-2273 (TTY 711) પર કોલ કરો. અંગ્રેજી/ગુજરાતી બોલતી વ્યક્તિ તમને મદદ કરી શકે છે. આ એક મફત સેવા છે.

Lao/Laotian:

ພວກເຮົາມີບໍລິການວ່າມແປພາສາໄດຍບໍ່ເສຍຄ່າເພື່ອຕອບທຸກຄໍາຖາມທີ່ທ່ານອາດມີກ່ຽວກັບແຜນສຸຂະພາບ ຫຼື ແຜນຢາຂອງພວກເຮົາ. ເພື່ອຂໍວ່າມແປພາສາ, ພຽງໃຫ້ທ່ານພວກເຮົາທີ່ເບີ 1-866-610-2273 (TTY 711). ຈະມີຜູ້ທີ່ເວົ້າພາສາອັງກິດ/ລາວຊ່ວຍທ່ານໄດ້. ນີ້ແມ່ນການບໍລິການບໍ່ເສຍຄ່າ.

Cambodian: យើងមានសេវាកម្មប្រែប្រួលមាត់ដោយឥតគិតថ្លៃដើម្បីឆ្លើយសំណួរណាមួយដែលអ្នកអាចមានអំពីគម្រោងសុខភាព ឬផ្តារបស់យើង។ ដើម្បីទទួលបានអ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់ សូមហៅទូរសព្ទមកយើងតាមរយៈលេខ 1-866-610-2273 (TTY 711) ។ នរណាម្នាក់ដែលនិយាយភាសាអង់គ្លេស/ភាសាខ្មែរអាចជួយអ្នកបាន។ នេះគឺជាសេវាកម្មដែលឥតគិតថ្លៃ