



# **Sus derechos y responsabilidades como miembro de Commonwealth Care Alliance Rhode Island Medicare Preferred**

---

## **Nuestro plan debe honrar sus derechos como miembro del plan**

---

- 1. Debemos brindar información de una forma que sea conveniente para usted (en otros idiomas además de inglés, en sistema braille, en letra grande o en otros formatos alternativos, etc.).**
  - Para obtener información de nuestra parte de una forma que sea conveniente para usted, llame a Servicios a los miembros al 833-346-9222 (TTY 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana, del 1.º de octubre al 31 de marzo. (Del 1.º de abril al 30 de septiembre: de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes; y de 8:00 a. m. a 6:00 p. m., sábados y domingos).
  - Nuestro plan ofrece servicios gratuitos de interpretación de idiomas para los miembros que se comunican en otros idiomas además del inglés, así como adaptaciones a disposición de personas con discapacidades. 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 brindarle información en sistema braille, en letra grande, en formatos electrónicos accesibles o en otros formatos sin costo, si lo necesita. Debemos brindarle información sobre los beneficios del plan en un formato accesible y adecuado para usted. Para obtener información de nuestra parte de una forma que sea conveniente para usted, llame a Servicio a los miembros.

- Si cree que nuestro plan no ha proporcionado estos servicios en un formato que sea accesible y adecuado para usted, puede llamar para presentar una queja ante Servicios a los miembros. También puede presentar un reclamo ante Medicare si llama al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048) o directamente con la Oficina de Derechos Civiles.

## **2. Debemos asegurarnos de que recibe un trato respetuoso y se reconocen su dignidad y su derecho a la privacidad.**

- Nuestro plan debe obedecer las leyes que lo protegen contra la discriminación o el trato injusto. **No discriminamos** a las personas en función de su afección médica, estado de salud, si recibe servicios de salud, experiencia con reclamos, 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.
- Para obtener más información o si tiene inquietudes sobre la discriminación o el trato injusto, llame a la **Oficina de Derechos Civiles** del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. al 1-800-368-1019 (TTY: 1-800-537-7697) o a su Oficina de Derechos Civiles local.
- Tiene derecho a entrar y salir del consultorio de un proveedor de atención médica. Esto significa acceso sin obstáculos para personas con discapacidades, de acuerdo con la Ley de Estadounidenses con Discapacidades (Americans with Disabilities Act).
- Si tiene una discapacidad y necesita ayuda para acceder a la atención, comuníquese con Servicios a los miembros. Si tiene un reclamo, como un problema con el acceso en silla de ruedas, Servicios a los miembros puede ayudarlo.
- A continuación, se incluye más información sobre cómo protegemos su derecho a la privacidad.

### **3. Debemos asegurarnos de que obtenga acceso oportuno a los servicios y medicamentos cubiertos**

- Como miembro de nuestro plan, tiene derecho a elegir un proveedor de atención primaria (médico de atención primaria) de la red del plan para que proporcione y coordine sus servicios cubiertos (el Capítulo 3 explica esto en mayor detalle). Llame a Servicios a los miembros para saber qué médicos aceptan pacientes nuevos. No le exigimos que obtenga referencias para visitar a proveedores de la red.
- Como miembro del plan, tiene derecho a obtener citas y servicios cubiertos de la red de proveedores del plan dentro de un período razonable. Esto incluye el derecho a recibir servicios oportunos de especialistas cuando necesite esa atención. Tiene derecho a surtir sus recetas o resurtirlas en cualquiera de nuestras farmacias de la red sin grandes demoras.
- Todas las visitas de atención de urgencia y sintomáticas al consultorio o a domicilio están disponibles para usted dentro de las 48 horas. Todas las visitas al consultorio no sintomáticas están disponibles para usted dentro de los 30 días calendario.
- En el Capítulo 5 de la **Evidencia de cobertura**, se le informa lo que puede hacer si cree que no está recibiendo su atención médica o sus medicamentos de la Parte D dentro de un período de tiempo razonable, o si le hemos negado la cobertura de su atención médica o sus medicamentos y no está de acuerdo con nuestra decisión.

### **4. Debemos proteger la privacidad de su información médica personal**

- Las leyes federales y estatales protegen la privacidad de sus registros médicos y su información médica personal. Protegemos su información médica personal según lo exigen estas leyes.
  - Su “información médica personal” incluye la información personal que nos dio cuando se inscribió en este plan y también sus registros médicos y otra información médica y de salud.

- Las leyes que protegen su privacidad le dan derechos relacionados con obtener información y controlar cómo se usa su información médica. Le damos un aviso por escrito denominado “Aviso de práctica de privacidad”, que le informa estos derechos y le explica cómo proteger la privacidad de su información médica.
- **¿Cómo protegemos la privacidad de su información médica?**
  - Nos aseguramos de que las personas no autorizadas no vean ni cambien sus registros.
  - En la mayoría de las situaciones, si damos su información médica a alguien que no proporciona su atención ni paga su atención, estamos obligados a recibir primero su permiso por escrito. El permiso por escrito puede ser otorgado por usted o por alguien que tenga la autoridad legal para tomar decisiones por usted.
  - Existen ciertas excepciones que no nos exigen pedir primero su permiso por escrito. Estas excepciones son permitidas o exigidas por ley.
    - Por ejemplo se requiere que divulguemos información médica a agencias gubernamentales que verifican la calidad de atención médica.
    - Como es miembro de nuestro plan a través de Medicare, estamos obligados a dar a Medicare su información médica incluida la información sobre sus medicamentos con receta de la Parte D. Si Medicare divulga su información para investigación u otros usos, se realizará de acuerdo con las leyes y normativas federales.
- Puede ver la información en sus registros y saber cómo se comparte con otras personas
  - Tiene derecho a mirar sus registros médicos que están en poder del plan, y a obtener una copia de sus registros. Tenemos permiso para cobrarle un cargo por las copias. Tiene también derecho a solicitarnos realizar agregados o corregir sus registros médicos. Si nos solicita hacer esto, trabajaremos con su proveedor de atención médica para decidir si se deben realizar cambios.

- Tiene derecho a saber cómo se ha compartido su información médica con otros para otros fines que no sean de rutina.
- Si tiene preguntas e inquietudes sobre la privacidad de su información médica personal, llame a Servicios a los miembros.

---

## **AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD**

Revisado: 14 de agosto de 2021

**ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO PUEDE UTILIZARSE Y DIVULGARSE SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO USTED PUEDE TENER ACCESO A ESTA.**

### **LÉALO ATENTAMENTE**

COMMONWEALTH CARE ALLIANCE, INC. ESTÁ OBLIGADA POR LEY A PROTEGER SU INFORMACIÓN MÉDICA

Nos comprometemos a proteger su información médica. Esta información médica puede ser información sobre la atención médica que se le proporciona o el pago de la esta.

Estamos obligados por ley a proporcionarle este Aviso de prácticas de privacidad en el que se explican nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad con respecto a la información médica. Solo se nos permite usar y divulgar información médica de la manera en que se describe en este Aviso.

Nos reservamos el derecho a realizar cambios y a hacer efectivo el nuevo Aviso para toda la información médica que conservamos. Si realizamos un cambio sustancial en el Aviso, se pondrán a disposición copias del Aviso actualizado, previa solicitud y en nuestro sitio web, antes de la fecha de vigencia del cambio sustancial, y le enviaremos el Aviso actualizado, o información sobre el cambio sustancial y cómo obtener el Aviso modificado, en el siguiente correo masivo anual.

En el resto de este Aviso, se incluye lo siguiente:

- Se describe cómo podemos usar y divulgar su información médica, incluida la información sobre la salud mental.
- Se explican sus derechos con respecto a su información médica, incluida la información sobre la salud mental.

- Se describe cómo y dónde puede presentar un reclamo relacionado con la privacidad.

Si tiene alguna pregunta sobre la información de este Aviso, comuníquese con:

Commonwealth Care Alliance, Inc.  
Attention: Privacy and Security Officer  
30 Winter Street  
Boston, MA 02108  
Número gratuito: 833-346-9222 (TTY 711)

## SECCIÓN 1

### **Usos y divulgaciones de su información médica sin su autorización previa**

Esta sección de nuestro Aviso explica cómo podemos usar y divulgar su información médica, incluida la información sobre la salud mental, sin su autorización para brindar atención médica, obtener el pago de esa atención médica y operar nuestro negocio de manera eficiente. Esta sección también menciona otras circunstancias en las que podemos usar o divulgar su información médica. Para obtener más información sobre cualquiera de estos usos o divulgaciones, o sobre cualquiera de nuestras políticas, procedimientos o prácticas de privacidad, comuníquese con nuestro Director de Privacidad y Seguridad al 833-346-9222.

Nuestro modelo de atención requiere del trabajo conjunto con médicos y otros proveedores de atención (incluidos los profesionales de la salud mental y conductual, y coordinadores de apoyo a largo plazo) para brindar servicios médicos a nuestros miembros. El personal profesional, los médicos y otros proveedores de atención (denominados “equipo de atención”) tienen acceso a su expediente centralizado del miembro (donde se almacena y conserva su información médica) y comparten información de salud protegida (PHI), incluida la información sobre la salud mental, entre sí, según sea necesario, para realizar actividades de tratamiento, pago y operaciones de atención médica según lo permite la ley.

**Para el tratamiento:** Podemos usar y divulgar información médica, incluida la información sobre la salud mental, para brindar, coordinar o administrar su atención médica y los servicios relacionados. Esto puede incluir la comunicación con otros proveedores de atención médica con respecto a su tratamiento y la coordinación y la gestión de su atención médica con otras personas.

Ejemplo: Después de ser dado de alta del hospital, Nuestro personal de enfermería especializada puede divulgar su información médica, incluida la información sobre la salud mental, a una agencia de asistencia médica a domicilio para asegurarse de que usted reciba los servicios que necesita después del alta hospitalaria.

**Para el pago:** Podemos usar y divulgar su información médica, incluida la información sobre la salud mental, para obtener el pago de los servicios de atención médica que recibió.

Ejemplo: Su médico puede enviarnos un reclamo por servicios de atención médica. El reclamo puede contener información que lo identifique, su diagnóstico y el tratamiento o los suministros que recibió. Podemos usar la información médica, incluida la información sobre la salud mental, para procesar el reclamo del pago y podemos divulgar la información médica, incluida la información sobre la salud mental, a Medicare o Medicaid cuando solicitemos el pago de los servicios que recibió.

Excepción: Puede restringir la divulgación de la información médica relacionada con un tratamiento que realizó un desembolso directo y por el cual Commonwealth Care Alliance, Inc. no pagó nada.

**Para operaciones de atención médica:** Podemos usar y divulgar su información médica, incluida la información sobre la salud mental, para realizar una variedad de actividades comerciales que nos permiten brindar los beneficios a los que tiene derecho en virtud de su plan de salud. Por ejemplo, podemos usar o divulgar su información médica, incluida información de salud mental, al realizar las siguientes actividades:

- Revisar y evaluar las habilidades, la aptitud y el desempeño de los proveedores de atención médica que lo tratan.
- Revise y mejore la calidad, la eficiencia y el costo de la atención que Commonwealth Care Alliance, Inc. le brinda a usted y a otros miembros.
- Cooperar con otras organizaciones que evalúan la calidad de la atención de otros, incluidas las agencias gubernamentales y las organizaciones privadas.

- Enviar por correo información médica a la dirección que usted proporcionó.

Ejemplo: Podemos usar su información médica para gestionar su tratamiento, desarrollar mejores servicios para usted, o monitorear la calidad de la atención y realizar mejoras cuando sea necesario.

### **Exigencias de la ley:**

- Usaremos y divulgaremos su información médica, incluidos los registros de tratamiento de trastornos de salud mental y por consumo de sustancias, siempre que la ley nos exija hacerlo. Por ejemplo, la ley de Rhode Island nos exige que denunciemos cualquier sospecha de maltrato de ancianos. Cumpliremos con todas las leyes estatales y demás leyes aplicables con respecto a estas divulgaciones.
- La ley nos exige notificarle si su información médica protegida se ve afectada por una violación de la privacidad o la seguridad.
- Prohibiciones en virtud de la ley: Commonwealth Care Alliance, Inc. no participa en la suscripción de seguros; pero, si lo hiciéramos, la ley nos prohibiría utilizar su información genética para fines de suscripción.

**Usos y divulgaciones del gobierno federal:** Cuando lo permita la ley, podemos usar o divulgar su información médica, incluidos los registros de tratamiento de trastornos de salud mental y por consumo de sustancias, sin su autorización para realizar diversas actividades por parte del gobierno federal.

- **Amenaza para la salud o la seguridad:** Podemos usar o divulgar su información médica si creemos que es necesario para prevenir o disminuir una amenaza grave para la salud o la seguridad. Por ejemplo, podemos usar o divulgar su información médica para ayudar con la retirada de un producto o para notificar reacciones adversas a los medicamentos.
- **Actividades de salud pública:** Podemos usar o divulgar su información médica, incluida la información anonimizada sobre el tratamiento de trastornos por consumo de sustancias para realizar actividades de salud pública. Las actividades de salud pública requieren el uso de información médica, así como información anonimizada sobre el tratamiento de trastornos por consumo de sustancias por diversos motivos, incluidos, entre otros, actividades relacionadas con la investigación de enfermedades, el informe de abuso y negligencia infantil, el monitoreo de drogas o dispositivos regulados por la Administración de Alimentos y



Medicamentos, y el monitoreo de enfermedades o lesiones relacionadas con el trabajo. Por ejemplo, si ha estado expuesto a una enfermedad contagiosa, podemos informárselo al Estado y tomar otras medidas para prevenir la propagación de la enfermedad.

- **Abuso, negligencia o violencia doméstica:** Podemos divulgar su información médica a una autoridad del gobierno si usted es un adulto y consideramos que podría ser víctima de abuso, negligencia o violencia doméstica.
- **Actividades de supervisión médica:** Podemos divulgar su información médica a una agencia de supervisión de la salud que sea responsable de supervisar el sistema de atención médica o ciertos programas gubernamentales.
- **Procedimientos judiciales:** Podemos divulgar su información médica, de salud mental o de tratamiento por trastornos de consumo de sustancias en respuesta a una orden judicial. La información médica también puede divulgarse en respuesta a una citación judicial.
- **Cumplimiento de la ley:** Podemos divulgar su información médica a un miembro de las fuerzas de seguridad para fines específicos de cumplimiento de la ley. Por ejemplo, podemos divulgar información médica limitada sobre usted a un oficial de policía si este necesita la información para ayudar a encontrar o identificar a una persona desaparecida.
- **Peritos forenses y otros:** Podemos divulgar su información médica a un perito forense, un médico forense o al director de una funeraria o a organizaciones que ayudan con los trasplantes de órganos, ojos y tejidos.
- **Indemnización laboral:** Podemos divulgar su información médica a fin de cumplir con las leyes de indemnización laboral.
- **Organizaciones de investigación:** Podemos usar o divulgar su información médica, incluidos los registros de tratamiento de trastornos por consumo de sustancias, a organizaciones de investigación si la organización ha cumplido con ciertas condiciones sobre la protección de la privacidad de su información médica.

- **Ciertas funciones gubernamentales:** Podemos usar o divulgar su información médica para cumplir ciertas funciones gubernamentales, incluidas, entre otras, actividades militares y de veteranos, y actividades de seguridad nacional e inteligencia.

**Personas que participan en su atención:** Podemos divulgar su información médica a un familiar, amigo personal cercano o a cualquier otra persona que usted identifique si esa persona participa en su atención y si la información es relevante para su atención.

También podemos usar o divulgar su información médica a un familiar, a otra persona involucrada en su atención o posiblemente a una organización de ayuda en caso de desastre (como la Cruz Roja) en caso de emergencia si necesitamos notificar a alguien sobre su ubicación o enfermedad.

Puede pedirnos en cualquier momento que no divulguemos su información médica a las personas que participan en su atención. Aceptaremos su solicitud y no divulgaremos la información, excepto en ciertas circunstancias limitadas, como las emergencias.

Ejemplo: Si nos solicita que compartamos su información médica con su cónyuge, le divulgaremos su información médica.

## SECCIÓN 2

### Otros usos y divulgaciones que requieren su autorización previa

#### **Autorizaciones:**

Aparte de los usos y las divulgaciones descritos anteriormente, no usaremos ni divulgaremos su información médica o de salud mental sin su autorización o la autorización de su representante personal (o permiso firmado). Los registros de tratamiento de trastornos por consumo de sustancias (SUD) se pueden usar y divulgar para el tratamiento, el pago o las operaciones de atención médica con su autorización por escrito o la de su representante personal. La autorización para usar y divulgar los registros de tratamiento de SUD solo se requiere una vez y luego autorizará todos los usos o divulgaciones futuros para fines de tratamiento, pago y operaciones de atención médica hasta el momento en que el paciente revoque dicho consentimiento por escrito. En algunos casos, es posible que deseemos usar o divulgar su información médica, de salud mental o de tratamiento de trastornos por consumo de sustancias, y podemos comunicarnos con usted para pedirle que firme un formulario de autorización. En otros casos,

es posible que usted se comunique con nosotros para divulgar registros de información médica, de salud mental o de tratamiento de trastornos por consumo de sustancias, y le pediremos que firme un formulario de autorización.

Si firma una autorización por escrito en la que nos pide que divulguemos su información médica, de salud mental o de tratamiento de trastornos por consumo de sustancias a un tercero, puede revocar (o cancelar) su autorización más adelante. Si desea revocar su autorización, debe hacerlo por escrito. Si revoca su autorización, seguiremos sus instrucciones, excepto en la medida en que ya nos hayamos basado en su autorización para divulgar su información médica, o según lo exija la ley.

- **Uso o divulgación con fines comerciales:** Solo podemos usar o divulgar su información médica con fines comerciales si contamos con su aprobación y autorización explícitas.
- **Venta de su información médica protegida:** Commonwealth Care Alliance, Inc. no vende su información de salud. Si lo hiciéramos, solo podríamos involucrar en la venta de su información a un tercero si contáramos con su autorización.
- **Comunicaciones de mercadeo pagadas por un tercero:** Solo le enviaremos comunicaciones en nombre de un tercero con el fin de comercializar productos o servicios si contamos con su autorización.
- **Usos y divulgaciones de notas de psicoterapia:** Solo podemos usar o divulgar sus notas de psicoterapia si tenemos su autorización previa o si lo exige la ley.

### Sección 3

#### **Usted tiene derechos relacionados con su información médica**

Tiene ciertos derechos relacionados con su información médica.

**Derecho a elegir a una persona para que actúe en su nombre:** Si le ha otorgado a alguien el poder legal para la atención médica o si alguien es su tutor legal, esa persona puede ejercer sus derechos y tomar decisiones acerca de información médica. Verificaremos que esta persona tenga esta autoridad y pueda actuar en su nombre antes de tomar cualquier medida.

**Derecho a obtener una copia de este Aviso:** Tiene derecho a tener una copia en papel de nuestro Aviso de prácticas de privacidad en cualquier momento, incluso si ha aceptado recibir el Aviso de forma electrónica. Si desea obtener una copia de nuestro Aviso, llame al 1-833-346-9222.

**Derecho a inspeccionar o realizar copias:** Tiene derecho a inspeccionar (ver o revisar) y recibir una copia o un resumen de su información médica que Commonwealth Care Alliance, Inc. conserva. Si conservamos sus registros médicos en un sistema de Registros médicos electrónicos, puede obtener una copia electrónica de sus registros médicos. También puede indicarnos por escrito que enviemos a un tercero una copia electrónica de sus registros médicos. Si desea inspeccionar o recibir una copia impresa o electrónica de su información médica, debe enviarnos una solicitud por escrito.

**Podemos rechazar su solicitud en ciertas circunstancias.** Si rechazamos su solicitud, le explicaremos el motivo por escrito. Le informaremos por escrito si tiene derecho a que otra persona revise la decisión.

Si desea una copia de su información médica, es posible que le cobremos un cargo para cubrir los costos de esta. Los cargos de las copias electrónicas se limitarán a los costos de mano de obra directa relacionados con el cumplimiento de su solicitud.

**Derecho a que se enmiende la información médica:** Si cree que tenemos información que es inexacta o que no está completa, tiene derecho a solicitar una enmienda, corrección o complemento de la información médica que conserva Commonwealth Care Alliance, Inc. Su solicitud se debe realizar por escrito y debe incluir una explicación.

En ciertas circunstancias, podemos rechazar su solicitud de enmendar, corregir o complementar su información médica. Si rechazamos su solicitud, le explicaremos el motivo por escrito en un plazo de sesenta (60) días. Puede enviarnos una declaración de desacuerdo. Junto con cualquier divulgación futura, proporcionaremos un resumen exacto de la solicitud y nuestro rechazo.

**Derecho a recibir un informe de las divulgaciones que realizamos:** Tiene derecho a recibir un informe (es decir, una lista detallada) de las divulgaciones que no sean para el tratamiento, el pago y las operaciones de atención médica que hayamos realizado durante los seis (6) años anteriores. Si la información está guardada en un registro médico electrónico, se realiza un informe correspondiente a los tres (3) años anteriores. Le proporcionaremos un informe gratuito por año, pero es posible que le cobremos un cargo razonable en función del costo si nos solicita otro en el plazo de 12 meses. En el caso de las divulgaciones de registros de tratamiento de trastornos por consumo de sustancias en las que los pacientes hayan dado su consentimiento para divulgar la información médica de identificación del paciente mediante una designación general, previa solicitud, los pacientes deben recibir una lista de las entidades a las que se ha divulgado su información de conformidad con la designación general. El informe de divulgaciones de registros de tratamiento de trastornos por consumo de sustancias se limita a las divulgaciones realizadas en los últimos 2 años. Todas las solicitudes de informes de divulgaciones se deben realizar por escrito.

**Derecho a solicitar restricciones a los usos y las divulgaciones:** Tiene derecho a solicitar que limitemos el uso y la divulgación de su información médica, de salud mental y de tratamiento de trastornos por consumo de sustancias para el tratamiento, el pago y las operaciones de atención médica, pero es posible que Commonwealth Care Alliance Inc. no acepte la restricción. Según la ley federal, Commonwealth Care Alliance, Inc. debe aceptar su solicitud de restringir las divulgaciones de información médica si ocurre lo siguiente:

- las divulgaciones son para realizar pagos u operaciones de atención médica, y no las exige la ley, y
- la información médica se refiere únicamente a los artículos o servicios de atención médica que usted u otra persona en su nombre (que no sea Commonwealth Care Alliance, Inc.), haya pagado en su totalidad.

Si aceptamos su solicitud, debemos respetar sus restricciones, excepto si la información es necesaria para el tratamiento de emergencia. Puede escribirnos para cancelar las restricciones en cualquier momento. Además, podemos cancelar una restricción en cualquier momento siempre que le notifiquemos la cancelación y sigamos aplicando la restricción a la información recopilada antes de la cancelación.

**Derecho a optar por dejar de recibir comunicaciones sobre recaudación de fondos:** Tiene derecho a solicitar que nosotros o nuestros agentes autorizados no nos comuniquemos con usted para actividades de recaudación de fondos.

**Derecho a solicitar un método de comunicación alternativo:** Tiene derecho a solicitar que se comuniquen con usted en un lugar diferente o por un método diferente. Por ejemplo, es posible que prefiera que toda la información escrita se envíe por correo a su dirección laboral en lugar de a su dirección particular.

Aceptaremos cualquier solicitud que sea razonable en relación con los métodos alternativos de comunicación. Si desea solicitar un método de contacto alternativo, debe proporcionarnos una solicitud por escrito.

## **SECCIÓN 4**

### **Puede presentar un reclamo sobre nuestras prácticas de privacidad**

Si cree que se han violado sus derechos de privacidad, puede presentar una queja por escrito ante Commonwealth Care Alliance, Inc. o ante el gobierno federal.

**Commonwealth Care Alliance, Inc. no tomará ninguna medida en su contra ni cambiará su tratamiento de ninguna manera si presenta un reclamo.**

Para presentar un reclamo por escrito o solicitar más información a Commonwealth Care Alliance, Inc. comuníquese con:

Commonwealth Care Alliance, Inc.  
Attention: Information Privacy and Security Officer  
30 Winter Street  
Boston, MA 02108  
Número gratuito: 833-346-9222 (TTY 711)

Para presentar un reclamo por escrito ante el gobierno federal, utilice la siguiente información de contacto:

U.S. Department of Health and Human Services Office for Civil Rights  
200 Independence Avenue, S.W.  
Room 509F, HHH Building  
Washington, D.C. 20201  
Número gratuito: 800-368-1019  
Línea gratuita de TDD: 800-537-7697

---

**5. Debemos darle información acerca del plan, sus servicios cubiertos, nuestros profesionales sanitarios y proveedores, y sus derechos y responsabilidades como miembro.**

- Como miembro de Commonwealth Care Alliance Rhode Island Medicare Preferred, tiene derecho a obtener varios tipos de información de nuestra parte. (Como se explicó antes, tiene derecho a recibir información de nuestra parte de una forma que sea conveniente para usted. Esto incluye recibirla en otros idiomas además de inglés y en letra grande u otros formatos alternativos).
- Si desea obtener alguno de los siguientes tipos de información, llame a Servicios a los miembros:
  - **Información sobre nuestro plan.** Esto incluye, por ejemplo, información sobre las condiciones financieras del plan. También incluye información sobre la cantidad de apelaciones de los miembros y las calificaciones con estrellas del plan, incluida la valoración que han hecho los afiliados del plan y su comparación con otros planes de salud de Medicare
  - **Información sobre los proveedores de nuestra red incluidas las farmacias de nuestra red.**
    - Por ejemplo, tiene derecho a obtener información de nuestra parte sobre calificaciones de proveedores y farmacias de nuestra red y cómo pagamos a los proveedores de nuestra red.
    - Para obtener una lista de proveedores y farmacias de la red del plan, consulte el **Directorio de proveedores**.
    - Para obtener información más detallada sobre nuestros proveedores o farmacias, llame a Servicios a los miembros o visite nuestro sitio web en [www.ccari.org/members](http://www.ccari.org/members).
  - **Información sobre su cobertura y las normas que debe cumplir al usarla.**

- En los Capítulos 3 y 4 de la **Evidencia de cobertura**, explicamos qué servicios médicos tiene cubiertos, las restricciones en su cobertura, y las normas que debe cumplir para recibir sus servicios médicos cubiertos.
  - Para obtener detalles sobre la cobertura de medicamentos con receta médica de la Parte D, consulte los Capítulos 5 y 6 de la **Evidencia de cobertura** y la **Lista de medicamentos cubiertos (lista de medicamentos aprobados)** del plan. Estos capítulos, junto con la Lista de medicamentos cubiertos (lista de medicamentos aprobados), le informan qué medicamentos están cubiertos y explican las normas que debe cumplir y las restricciones en su cobertura para ciertos medicamentos.
  - Si tiene alguna pregunta sobre las normas o restricciones, llame a Servicios a los miembros.
- **Información sobre por qué algo no está cubierto y qué puede hacer al respecto.**
    - Si un servicio médico o medicamento de la Parte D no está cubierto para usted, o si su cobertura tiene alguna restricción, puede pedirnos una explicación por escrito. Tiene derecho a esta explicación incluso si recibió el servicio médico o medicamento de una farmacia o proveedor fuera de la red.
    - Si no está conforme o no está de acuerdo con una decisión que tomamos sobre qué atención médica o medicamento de la Parte D tiene cubierto, tiene derecho a pedirnos que cambiemos la decisión. Puede solicitarnos que cambiemos una decisión presentando una apelación. Si necesita detalles sobre qué hacer si algo no está cubierto de la manera que cree adecuada, consulte el Capítulo 9 de la **Evidencia de cobertura**. Le brinda detalles sobre cómo presentar una apelación si quiere que cambiemos nuestra decisión. (El Capítulo 9 también le informa cómo presentar un reclamo sobre la calidad de atención, los tiempos de espera y otras inquietudes).



- Si quiere pedirle a nuestro plan que pague nuestra parte de una factura que recibió por atención médica o un medicamento recetado de la Parte D, consulte el Capítulo 7 de la **Evidencia de cobertura**.

**6. Debemos respaldar su derecho a participar junto con los profesionales sanitarios y los proveedores en la toma de decisiones sobre su atención.**

- **Tiene derecho a conocer sus opciones de tratamiento y participar en las decisiones sobre su atención médica.**
  - Tiene derecho a obtener toda la información de los médicos y otros proveedores de atención médica cuando necesite atención médica. Sus proveedores deben explicar su afección y sus opciones de tratamiento de un modo que pueda comprender.
  - También tiene derecho a participar plenamente en las decisiones sobre su atención médica. Para ayudarlo a tomar decisiones con sus médicos sobre el mejor tratamiento para usted, sus derechos incluyen lo siguiente:
    - **Saber cuáles son todas sus opciones.** Esto significa que tiene derecho a que le informen todas las opciones de tratamiento adecuadas o médicamente necesarias que se recomiendan para su enfermedad, sin importar el costo, o si tienen cobertura de nuestro plan. También incluye que le informen sobre los programas que ofrece nuestro plan para ayudar a los miembros a administrar sus medicamentos y usarlos en forma segura.
    - **Conocer los riesgos.** Tiene derecho a que se le informe sobre cualquier riesgo que conlleve su atención. Se le debe informar por adelantado si alguna atención médica o tratamiento propuestos forman parte de un experimento de investigación. Siempre puede rechazar tratamientos experimentales.

- **El derecho a decir “no”.** Tiene derecho a rechazar todo tratamiento recomendado. Esto incluye el derecho a abandonar el hospital u otro centro médico, incluso si su médico le recomienda que no lo haga. También tiene derecho a dejar de tomar el medicamento. Por supuesto, si rechaza un tratamiento o deja de tomar un medicamento, acepta la responsabilidad total por lo que le suceda a su cuerpo como consecuencia.
  - **El derecho a estar libre de cualquier tipo de restricción.** Tiene derecho a estar libre de restricciones o aislamiento utilizados como modos de coerción, disciplina, conveniencia o represalia.
  - **Recibir una explicación si le niegan la cobertura de la atención.** Tiene derecho a recibir una explicación de nuestra parte si un proveedor ha denegado la atención médica que cree que debería recibir. Para recibir esta explicación, debe pedirnos una decisión de cobertura. En el Capítulo 9 de la **Evidencia de cobertura**, se le informa cómo solicitar al plan una decisión de cobertura.
- **Tiene el derecho de impartir instrucciones sobre qué se hará si no puede tomar decisiones médicas por usted mismo.**
  - A veces, las personas no pueden tomar decisiones de atención médica por sí solas debido a accidentes o enfermedades graves. Tiene derecho a decir lo que quiere que suceda si está en esa situación.
  - El documento legal que puede usar para dar indicaciones en estas situaciones se llama “**voluntades anticipadas**”. Hay distintos tipos de voluntades anticipadas y diferentes nombres para ellas. En Rhode Island, un **poder notarial duradero para la atención médica** es un ejemplo de una directiva anticipada.
  - Esto significa que, si lo desea, puede completar un formulario de directiva anticipada en el que le **otorga a alguien (denominado su “representante de atención médica”)** la **autoridad legal para tomar decisiones de atención médica por usted** si su médico determina que usted no puede tomar ni comunicar decisiones de atención médica por sí mismo.

- Si quiere utilizar una directiva anticipada para dar sus instrucciones, esto es lo que debe hacer:
  - **Obtenga el formulario.** Si desea completar un formulario de directiva anticipada, puede obtener una copia en los Servicios a los miembros que proporciona el Colectivo de Vida Saludable de Nueva Inglaterra (New England Healthy Living Collective or from the Honoring Choices) o en el sitio web Honoring Choices ([www.honoringchoicesmass.com/new-england-healthy-living-collective](http://www.honoringchoicesmass.com/new-england-healthy-living-collective)).
  - **Complételo y fírmelo.** Sin importar dónde lo consiga, tenga en cuenta que este formulario es un documento legal.
  - **Entregue copias a las personas que corresponda.** Una copia de su directiva anticipada es tan válida como la original. Debe proporcionarles una copia del formulario a su médico y a sus representantes de atención médica. También debería proporcionar copias a sus amigos cercanos o familiares. Asegúrese de conservar una copia en su casa.
- Si sabe de antemano que va a ser hospitalizado y ha firmado una directiva anticipada, lleve una copia al hospital.
  - Si lo ingresan en el hospital, allí le preguntarán si ha firmado el formulario de voluntades anticipadas y si lo tiene con usted.
  - Si no ha firmado un formulario de voluntades anticipadas, en el hospital hay formularios disponibles y le preguntarán si quiere firmar uno.
- **Recuerde que es su elección si quiere completar una voluntad anticipada** (incluso si quiere firmar una cuando está en el hospital). Según la ley, nadie puede negarle atención ni discriminarlo por haber firmado o no una voluntad anticipada.

- **¿Qué sucede si se opone a la decisión que está tomando su representante de atención médica?** Si no está de acuerdo con la decisión que está tomando su representante de atención médica, puede decirlo y su decisión prevalecerá, a menos que un tribunal determine que usted no tiene la capacidad intelectual para tomar decisiones de atención médica.
- **¿Qué sucede si su médico determina que usted ha recuperado la capacidad para tomar decisiones de atención médica?** La autoridad de su representante de atención médica finalizará, pero puede restablecerse si pierde la capacidad intelectual nuevamente; y se requerirá su consentimiento para el tratamiento.
- **¿Qué debe hacer si no se siguen sus instrucciones?** Si ha firmado una directiva anticipada y cree que no se siguieron las instrucciones que contiene, puede presentar una queja ante la Unidad de Quejas Médicas del Departamento de Rhode Island llamando al 401-222-5200. También puede ponerse en contacto con la Unidad de Quejas Médicas del Departamento de Salud de Rhode Island para presentar una queja contra un médico en particular.

**7. Tiene el derecho a presentar quejas o apelaciones sobre la organización o la atención que brinda.**

- En el Capítulo 9 de la **Evidencia de cobertura**, se le informa lo que puede hacer si tiene algún problema o alguna inquietud sobre su atención o los servicios cubiertos. Brinda detalles sobre cómo lidiar con todo tipo de problemas y reclamos. Lo que debe hacer para dar seguimiento a un problema o inquietud depende de la situación. Puede pedir a nuestro plan que tome una decisión de cobertura para usted, presentar una apelación ante nosotros para cambiar una decisión de cobertura o presentar un reclamo. Haga lo que haga (pedir una decisión de cobertura, presentar una apelación o un reclamo) **estamos obligados a tratarlo de forma imparcial.**

- Puede presentar una apelación interna directamente ante nuestro plan. En el Capítulo 9 de la **Evidencia de cobertura**, se le informa lo que debe hacer para presentar una apelación directamente ante el plan. También puede presentar una apelación interna a través de la Administración del Seguro Social o la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios, que remitirá la apelación a nuestro plan. Para obtener detalles sobre cómo comunicarse con la Administración del Seguro Social y la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios, consulte el Capítulo 2 de la **Evidencia de cobertura**.
- Tiene derecho a obtener información resumida sobre las apelaciones y los reclamos que otros miembros han presentado contra nuestro plan. Para obtener esta información, llame a Servicios a los miembros.

**8. Tiene derecho de hacer recomendaciones sobre nuestra política de derechos y responsabilidades de los miembros.**

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

---

**¿Qué debe hacer si piensa que lo están tratando de manera injusta o que sus derechos no se respetan?**

---

- **Si se trata de discriminación, llame a la Oficina de Derechos Civiles.**
  - Si cree que ha recibido un trato injusto o que sus derechos no se han respetado debido a su raza, discapacidad, religión, sexo, salud, etnia, credo (creencias), edad o nacionalidad, debe llamar a la **Oficina de Derechos Civiles** del Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1-800-368-1019 o TTY 1-800-537-7697, o llame a su Oficina de Derechos Civiles local.

- **¿Es por otro motivo?**
  - Si crees que has recibido un trato injusto o sus derechos no se han respetado, y no se trata de discriminación, puede obtener ayuda con el problema:
    - Puede llamar a **Servicios a los miembros** (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de este manual).
    - Puede **llamar al Programa Estatal de Asistencia para Seguros Médicos**. Para obtener detalles sobre esta organización y sobre cómo comunicarse con ella, consulte el Capítulo 2 de la **Evidencia de cobertura**.
    - O puede **llamar a Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
    - Puede **llamar a HealthSource Rhode Island** al 1-855-697-4347, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 6:00 p. m. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.

---

## **Cómo obtener más información sobre sus derechos**

---

- Hay varias formas de obtener más información sobre sus derechos:
  - Puede **llamar a Servicios a los miembros** (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de este manual).
  - Puede **llamar al Programa Estatal de Asistencia para Seguros Médicos (State Health Insurance Assistance Program, SHIP)**. Para obtener detalles sobre esta organización y sobre cómo comunicarse con ella, consulte el Capítulo 2 de la **Evidencia de cobertura**.
  - Puede **comunicarse con Medicare**.
    - Puede visitar el sitio web de Medicare para leer o descargar la publicación “Sus derechos y protecciones de Medicare”. (La publicación está disponible en: [www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf](http://www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf)).

- O bien, puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

---

## Tiene ciertas responsabilidades como miembro del plan

---

### ¿Cuáles son nuestras responsabilidades?

Lo que tiene que hacer como miembro del plan se enumera a continuación. Si tiene preguntas, llame a Servicios a los miembros. Estamos aquí para ayudarlo.

- 1. Familiarícese con los servicios cubiertos y las normas que debe cumplir para recibirlos.** Utilice el manual de la **Evidencia de cobertura** para conocer qué tiene cobertura y cuáles son las normas que debe cumplir para obtener los servicios cubiertos.
  - Los Capítulos 3 y 4 proporcionan los detalles sobre sus servicios médicos, incluido lo que está y lo que no está cubierto, las normas que se deben cumplir y lo que paga.
  - Los Capítulos 5 y 6 proporcionan los detalles sobre su cobertura de medicamentos con receta médica de la Parte D.
- 2. Debe informarnos si tiene otra cobertura de seguro médico o de medicamentos con receta médica además de nuestro plan.** Llame a Servicios a los miembros para informarnoslo (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de este manual).
  - Estamos obligados a cumplir las normas que establecen Medicare y MassHealth Standard (Medicaid) para asegurarnos de que usa toda su cobertura en combinación cuando recibe sus servicios cubiertos de nuestro plan. Esto se llama “**coordinación de beneficios**” porque implica coordinar los beneficios de salud y medicamentos que recibe de nuestro plan con otros beneficios de salud y medicamentos que tenga disponibles. Lo ayudaremos a coordinar sus beneficios. (Para obtener más información sobre la coordinación de beneficios, consulte el Capítulo 1 de la **Evidencia de cobertura**).
- 3. Informe a su médico y a otros proveedores de atención médica que está inscrito en nuestro plan.** Muestre su tarjeta de identificación de miembro del plan cuando reciba atención médica o medicamentos con receta médica de la Parte D.

**4. Ayude a que sus médicos y otros proveedores lo asistan brindando información (lo más detallada posible) que necesitan para proporcionar atención, haciendo preguntas y haciendo un seguimiento de su atención.**

- Para ayudar a que sus médicos y otros proveedores de atención médica le den la mejor atención, infórmese lo mejor posible sobre sus problemas de salud y deles la información que necesitan sobre usted y sobre su salud. Siga los objetivos de tratamiento acordados mutuamente y los planes e instrucciones de atención que usted y sus médicos hayan acordado, en la mayor medida posible.
- Asegúrese de que sus médicos sepan todos los medicamentos que toma, incluidos los de venta libre, las vitaminas y los suplementos.
- Si tiene alguna pregunta, asegúrese de hacerla. Sus médicos y otros proveedores de atención médica deben explicar las cosas de un modo en que pueda entenderlas. Si hace una pregunta y no entiende la respuesta, pregunte nuevamente.

**5. Sea amable.** Esperamos que todos nuestros miembros respeten los derechos de otros pacientes. Esperamos que actúe de manera tal que ayude al buen funcionamiento del consultorio del médico, del hospital y de otros consultorios.

**6. Pague lo que adeuda.** Como miembro del plan, es responsable de estos pagos:

- Para ser elegible para nuestro plan, debe tener la Parte A y la Parte B de Medicare. Para la mayoría de los miembros de CCA Rhode Island Medicare Preferred, MassHealth Standard (Medicaid) paga su prima de la Parte A (si no califica para ella automáticamente) y su prima de la Parte B. Si MassHealth Standard (Medicaid) no paga sus primas de Medicare, debe continuar pagando sus primas de Medicare para permanecer en el plan.
- Si recibe servicios médicos o medicamentos que no están cubiertos por nuestro plan ni por otro seguro, debe pagar el costo total.
- Si no está de acuerdo con nuestra decisión de rechazar la cobertura de un servicio o medicamento, puede presentar una apelación. Consulte el Capítulo 9 de la **Evidencia de cobertura** para obtener información sobre cómo presentar una apelación.



**7. Infórmenos si se muda.** Si se mudará, es importante que nos lo informe de inmediato. Llame a Servicios a los miembros (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de este manual).

- **Si se muda fuera de nuestra área de servicio del plan, no puede seguir siendo miembro de nuestro plan.** (El Capítulo 3 de la **Evidencia de cobertura** informa sobre nuestra área de servicio). Podemos ayudarlo a averiguar si se muda fuera de nuestra área de servicio. Si abandona nuestra área de servicio, tendrá un Período de inscripción especial en el que podrá unirse a cualquier plan de Medicare disponible en su nueva área. Podemos informarle si contamos con un plan en su área nueva.
- **Si se muda dentro de nuestra área de servicio,** igualmente tenemos que saberlo para mantener actualizado su registro de miembro y saber cómo comunicarnos con usted.
- Si se muda, también es importante que avise al Seguro Social (o a la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios). Los números de teléfono y la información de contacto de estas organizaciones se encuentran en el Capítulo 2 de la **Evidencia de cobertura**.

**8. Llame a Servicios a los miembros si tiene preguntas o inquietudes.**

También aceptamos sugerencias que pueda tener para mejorar nuestro plan.

- Se puede comunicar con nosotros llamando al 833-346-9222 (TTY 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana, del 1.º de octubre al 31 de marzo. (Del 1.º de abril al 30 de septiembre: de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes; y de 8:00 a. m. a 6:00 p. m., sábados y domingos).
- Si necesita más información sobre cómo comunicarse con nosotros, incluida nuestra dirección postal, consulte el Capítulo 2 de la **Evidencia de cobertura**.

---

Commonwealth Care Alliance Rhode Island (CCA) Medicare Preferred (PPO) es un plan de salud con contrato de Medicare. La inscripción en el plan depende de la renovación del contrato.

Puede obtener este documento de manera gratuita en otros formatos, como letra grande, braille o audio.

Llame al 833-346-9222 (TTY 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana, del 1.º de octubre al 31 de marzo. (Del 1.º de abril al 30 de septiembre: de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes; y de 8:00 a. m. a 6:00 p. m., sábados y domingos). La llamada es gratuita.