



# Sus derechos y responsabilidades como miembro de CCA Medicare Premier (PPO)

---

## **SECCIÓN 1      Nuestro plan debe honrar sus derechos y sensibilidades culturales como miembro del plan**

---

<b>Sección 1.1</b>	<b>Debemos brindar información de una forma que funcione para usted y sea coherente con sus sensibilidades culturales (en otros idiomas además del inglés, en braille, en letra grande o en otros formatos alternativos, etc.).</b>
--------------------	---

Su plan debe garantizar que todos los servicios, tanto clínicos como no clínicos, se proporcionen de manera culturalmente competente y sean accesibles para todos los afiliados, incluidos aquellos con competencia limitada en inglés, habilidades de lectura limitadas, incapacidad auditiva u orígenes culturales y étnicos diversos. Algunos ejemplos de cómo puede cumplir un plan con estos requisitos de accesibilidad incluyen, entre otros, la prestación de servicios de traducción, servicios de interpretación, teletipo o conexión TTY (teléfono de texto o teléfono con teletipo).

Nuestro plan cuenta con servicios gratuitos de interpretación disponibles para responder 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 brindarle sin costo información en sistema braille, en letra grande o en otros formatos alternativos, 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 Servicios al Miembro.

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

Si no hay proveedores de la red del plan disponibles para una especialidad, es responsabilidad del plan localizar proveedores especializados fuera de la red que le proporcionarán la atención necesaria. En este caso, solo pagará los costos compartidos dentro de la red. Si se encuentra en una situación en la que no hay especialistas en la red del plan que cubran un servicio que necesita, llame al plan

para obtener información sobre dónde acudir para obtener este servicio a un costo compartido dentro de la red.

Si tiene problemas para obtener información de nuestro plan en un formato que sea accesible y adecuado para usted, llame para presentar una queja formal ante Servicios al Miembro al 866-610-2273 (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).

También puede presentar un reclamo ante Medicare llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o directamente ante la Oficina de Derechos Civiles al 1-800-368-1019 o TTY 1-800-537-7697.

<b>Sección 1.2</b>	<b>Debemos asegurarnos de que recibe un trato respetuoso y se reconocen su dignidad y su derecho a la privacidad.</b>
--------------------	---

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 al 1-800-368-1019 (TTY: 1-800-537-7697) o a su Oficina de Derechos Civiles local.

Si tiene una discapacidad y necesita ayuda para acceder a la atención, contacte a Servicios al Miembro (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de este manual). Si tiene un reclamo, como un problema con el acceso en silla de ruedas, Servicios al Miembro puede ayudarlo.

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

<b>Sección 1.3</b>	<b>Debemos asegurarnos de que obtenga acceso oportuno a sus servicios y medicamentos cubiertos</b>
--------------------	--

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. No le exigimos que obtenga referencias para visitar a proveedores de la red.

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 en el 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 14 días calendario.

En el Capítulo 5 de su Evidencia de cobertura, se le informa lo que puede hacer si considera que no recibe su atención médica o medicamentos de la Parte D dentro de un período razonable.

<b>Sección 1.4</b>	<b>Debemos proteger la privacidad de su información médica personal</b>
--------------------	---

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.

Usted tiene derechos relacionados con su información y con el control de 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.

Excepto en las circunstancias que se indican a continuación, si tenemos la intención de proporcionar su información médica a cualquier persona que no le esté brindando atención o que no pague por esta, **primero debemos obtener su permiso por escrito o el de alguien a quien usted le haya dado poder 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.

- Se requiere que divulguemos información médica a agencias gubernamentales que verifican la calidad de la 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, lo hará de acuerdo con los estatutos y regulaciones federales. En general, esto requiere que no se comparta la información que lo identifica de manera única.

### **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 al Miembro.

---

### **Aviso de prácticas de privacidad**

#### **EN ESTE AVISO SE DESCRIBE CÓMO PUEDE UTILIZARSE Y DIVULGARSE SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO PUEDE TENER ACCESO USTED A ELLA. LÉALO ATENTAMENTE.**

Fecha de entrada en vigor: 4 de agosto de 2022

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

Nos reservamos el derecho a realizar cambios a este Aviso y de hacer efectivos los cambios para toda la información médica que conservamos. Si realizamos 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 médica y (iii) haremos copias del Aviso actualizado, que estarán disponibles a solicitud. También enviaremos a los miembros de nuestro plan de salud información sobre el Aviso actualizado y cómo obtener el Aviso actualizado (o una copia del Aviso) en el próximo envío 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, comuníquese con:

Commonwealth Care Alliance, Inc.  
Attention: Privacy and Security Officer  
30 Winter Street  
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 sus subsidiarias que están sujetas a la Norma de privacidad de la ley de responsabilidad y portabilidad de los seguros médicos (de los Estados Unidos) (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA) como “entidades cubiertas”. Algunas de estas subsidiarias son “**nuestros planes de salud**”, compañías que brindan o pagan beneficios de Medicare Advantage, beneficios de Medicaid u otros beneficios de atención médica, como una compañía de seguro médico o una HMO. Otras subsidiarias son nuestros proveedores de atención médica (“**nuestros proveedores**”) que brindan tratamiento a los pacientes, como las clínicas de atención primaria.

Este Aviso describe cómo usan y divulgan su información médica todas estas entidades y sus derechos con respecto a esa información. En la mayoría de los casos, nuestros planes de salud usan y divulgan su información médica de la misma manera que nuestros proveedores y sus derechos a su información médica son los mismos. No obstante, podrían existir diferencias, y este Aviso explicará esas diferencias describiendo cómo tratamos la información médica sobre el **miembro de un plan de salud** de manera diferente a la de la información médica sobre el **paciente de un proveedor**.

Los planes de salud y proveedores a los que se aplica este aviso incluyen:

### **Nuestros planes de salud**

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

### **Nuestros proveedores de atención médica**

- Commonwealth Clinical Alliance, Inc.
- Boston's Community Medical Group, Inc., cuyo nombre comercial es CCA Primary Care
- Reliance PO of Michigan, Inc.
- instED™
- Marie's Place

## **SECCIÓN 2: Información que recopilamos:**

Las personas son responsables de proporcionar información médica correcta y completa a Commonwealth Care Alliance, Inc. y sus subsidiarias (CCA) para que brinde servicios de calidad. CCA se compromete a proteger la confidencialidad de la Información médica de las personas que se recopila o se crea como parte de nuestras operaciones y prestación de servicios. Cuando interactúa con nosotros a través de nuestros servicios, podemos recopilar Información médica y otra información de usted, como se describe en más detalle a continuación.

La información médica puede incluir información personal, pero todo se considera información médica cuando la proporciona usted a través de los servicios o en relación con estos:

- Recopilamos información, como direcciones de correo electrónico o información personal, financiera o demográfica de usted cuando nos proporciona voluntariamente dicha información, como (entre otros) cuando se comunica con nosotros con consultas, completa formularios en línea, responde a una de nuestras encuestas, responde a material publicitario o promocional, se registra para acceder a nuestros servicios o utiliza ciertos servicios.
- Siempre que CCA recopile Información médica, pondremos a disposición el acceso a este aviso. Al proporcionarnos Información médica, usted otorga su consentimiento para que la usemos de acuerdo con este aviso. Si proporciona información a CCA, usted reconoce y acepta que dicha información puede transferirse desde su ubicación actual a las instalaciones y servidores de CCA y a terceros autorizados con los que CCA hace negocios.

## **SECCIÓN 3: Cómo usamos y divulgamos su información médica**

Esta sección de nuestro Aviso explica cómo podemos usar y divulgar su información médica, para brindar atención médica, pagar atención médica, obtener el pago por atención médica y operar nuestro negocio de manera eficiente. Esta sección también describe otras circunstancias en las que podemos usar o divulgar su información médica.

Nuestro modelo de atención requiere que nuestros planes de salud y nuestros proveedores de atención médica trabajen junto con otros proveedores de atención médica para brindarle servicios médicos. El personal profesional, los médicos y otros proveedores de atención (denominados “equipo de atención”) tienen acceso a su información médica y comparten su información entre sí, según sea necesario, para realizar tratamientos, pagos y operaciones de atención médica según lo permite la ley.

**Tratamiento:** nuestros proveedores pueden usar la Información médica de un paciente y podemos divulgar información médica para proporcionar, coordinar o administrar su atención médica y 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.

Por ejemplo: después de recibir el alta del hospital. Nuestro enfermero profesional puede divulgar su información médica a una agencia de atención médica domiciliaria para asegurarse de que usted reciba los servicios que necesita después del alta hospitalaria.

**Pago:** podemos usar y divulgar su Información médica para pagar los servicios de atención médica que haya recibido y para obtener el pago de otros por esos servicios.

Por ejemplo: su proveedor de atención médica puede enviar a nuestro plan de salud un reclamo por los servicios de atención médica que se le proporcionaron. El plan de salud puede usar esa información para pagar el reclamo de su proveedor de atención médica y puede divulgar la información médica a Medicare o Medicaid cuando el plan de salud solicita el pago de los servicios.

**Operaciones de atención médica:** podemos usar y divulgar su información médica para realizar una variedad de actividades comerciales que nos permiten brindar los beneficios a los que tiene derecho en virtud de nuestro plan de salud y el tratamiento ofrecido por nuestros proveedores. Por ejemplo, podemos usar o divulgar su información médica para lo siguiente:

- Revisar y evaluar las habilidades, la aptitud y el desempeño 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, aunque la ley nos prohíbe usar su información genética para fines de suscripción.

**Actividades conjuntas:** Commonwealth Care Alliance, Inc. y sus subsidiarias tienen un acuerdo para trabajar juntos a fin de 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 relacionadas con las actividades conjuntas de estos “acuerdos de atención médica organizados”.

**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 como involucrada en su atención. Por ejemplo, si nos solicita que compartamos su información médica con su cónyuge, le divulgaremos su información médica. También podemos divulgar su información médica a estas personas si usted no está disponible para dar su consentimiento y determinamos que es lo mejor para usted. En una urgencia, es posible que usemos su información médica o la divulguemos a un familiar, a otra persona involucrada en su atención o a una organización de ayuda en caso de desastre (como la Cruz Roja) si necesitamos notificar a alguien sobre su ubicación o enfermedad.

**Exigencias de la ley:** usaremos y divulgaremos su información médica siempre que la ley nos exija hacerlo. Por ejemplo:

- Divulgaremos información médica en respuesta a una orden judicial o en respuesta a una citación.
- Usaremos o divulgaremos su información médica para ayudar con la retirada de un producto o para notificar reacciones adversas a medicamentos.
- Divulgaremos información médica a una agencia de supervisión de la salud que sea responsable de supervisar planes de salud, proveedores de atención médica, el sistema de atención médica o ciertos programas gubernamentales (como Medicare o Medicaid).
- Divulgaremos la Información médica de una persona a una persona que califique como representante personal de la persona. Un “representante personal” tiene autoridad legal para actuar en nombre de la persona, como el padre, la madre o el tutor de un niño, una persona con un poder notarial para la atención médica o el tutor de una persona discapacitada designado por un tribunal.

**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.

**Actividades de salud pública:** podemos usar o divulgar su información médica para actividades de salud pública, como investigar enfermedades, informar abuso y negligencia infantil o doméstica, y monitorear fármacos o dispositivos regulados por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos.



**Cumplimiento de la ley:** podemos divulgar información médica a un funcionario encargado del cumplimiento de la ley para fines específicos y limitados de cumplimiento de la ley, como la divulgación de información médica sobre la víctima de un delito o en respuesta a una citación de un gran jurado. También podemos divulgar información médica sobre un recluso a una institución correccional.

**Peritos forenses y otros:** podemos divulgar 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 información médica a fin de cumplir con las leyes de indemnización laboral y según estas lo autoricen.

**Organizaciones de investigación:** podemos usar 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 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.

**Socios comerciales:** contratamos a proveedores para que cumplan funciones en nuestro nombre. Permitimos que estos “**socios comerciales**” recopilen, usen o divulguen Información médica en nuestro nombre para cumplir con estas funciones. Obligamos contractualmente a nuestros socios comerciales (y están obligados por ley) a proporcionar las mismas protecciones de privacidad que ofrecemos nosotros.

**Comunicaciones para recaudación de fondos:** podemos usar o divulgar Información médica para recaudar fondos. Si recibe una solicitud de recaudación de fondos de nuestra parte (o en nuestro nombre), puede optar por no participar en futuras actividades de recaudación de fondos.

#### **SECCIÓN 4: Otros usos y divulgaciones que requieren su autorización previa**

Excepto como se describió anteriormente, no usaremos ni divulgaremos su información médica sin su permiso por escrito (“**autorización**”). Podemos comunicarnos con usted para pedirle que firme un formulario de autorización para nuestros usos y divulgaciones, o usted puede comunicarse con nosotros para divulgar su información médica a otra persona, en cuyo caso le pediremos que firme un formulario de autorización.

Si firma una autorización por escrito, puede revocar (o cancelar) su autorización más adelante. Si desea revocar su autorización, debe hacerlo por escrito (para lo que debe comunicarse a la **información de contacto** que figura al comienzo de este Aviso). Si revoca su autorización, dejaremos de usar o divulgar su información médica en función de la autorización, excepto en la medida en que hayamos actuado de conformidad con

la autorización. Los siguientes son usos o divulgaciones de su información médica para los cuales necesitaríamos su autorización por escrito:

- **Uso o divulgación con fines comerciales:** solo podemos usar o divulgar su información médica con fines “comerciales” si contamos con su autorización escrita. Sin embargo, podemos enviarle información sobre ciertos productos y servicios relacionados con la salud sin su autorización por escrito, siempre y cuando nadie nos pague por enviar la información.
- **Venta de su información médica:** Commonwealth Care Alliance, Inc. no venderá su información de salud. Si lo hiciéramos, necesitaríamos su autorización por escrito.
- **Usos y divulgaciones de notas de psicoterapia:** excepto para ciertas actividades de tratamiento, pago y operaciones de atención médica o según lo exija la ley, solo podemos usar o divulgar sus notas de psicoterapia si tenemos su autorización por escrito.

## **SECCIÓN 5: Usted tiene derechos relacionados con su información médica**

Tiene ciertos derechos relacionados con su información médica. Para ejercer cualquiera de estos derechos, puede comunicarse con nosotros utilizando la **información de contacto** que figura al comienzo de este Aviso.

**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.

**Derecho a inspeccionar o realizar copias:** tiene derecho a inspeccionar (ver o revisar) y recibir una copia o un resumen de la información médica que mantiene Commonwealth Care Alliance en un “conjunto de registros designado”. Si conservamos esta información en formato electrónico, puede obtener una copia electrónica de estos registros. También puede indicar a nuestros proveedores de atención médica que envíen una copia electrónica de la información que mantenemos sobre usted en un registro médico electrónico a un tercero. Debe proporcionarnos una solicitud para este acceso por escrito. Podemos cobrarle un cargo razonable basado en costos para cubrir los costos de la copia de su información médica. De acuerdo con la Norma de Privacidad de la HIPAA y en circunstancias muy limitadas, podemos rechazar esta solicitud. Le proporcionaremos una denegación por escrito a más tardar 30 días calendario después de la solicitud (o no más de 60 días calendario si le notificamos una extensión).

**Derecho a solicitar que se enmiende la información médica:** si cree que la información médica que tenemos es inexacta o no está completa, tiene derecho a solicitar una enmienda, corrección o adición a su información médica. Su solicitud debe realizarse por escrito e incluir una explicación de por qué es necesario cambiar nuestra

información. Si estamos de acuerdo, cambiaremos su información. Si no estamos de acuerdo, le daremos una explicación con las divulgaciones de la información que se hagan en el futuro.

**Derecho a recibir un informe de las divulgaciones:** tiene derecho a recibir una lista de ciertas divulgaciones que hacemos de su Información médica (“**informe de divulgaciones**”). La lista no incluirá las divulgaciones para tratamiento, pago y operaciones de atención médica, aquellas realizadas hace más de seis años o ciertas otras divulgaciones. Le proporcionaremos un informe gratuito cada año, pero es posible que le cobremos un cargo razonable en función del costo si nos solicita otro en el plazo de 12 meses. Debe realizar las solicitudes de informes de divulgaciones por escrito.

**Derecho a solicitar restricciones a los usos y las divulgaciones:** tiene derecho a solicitar que limitemos la forma en que usamos y divulgamos su Información médica (i) para el tratamiento, el pago y las operaciones de atención médica o (ii) a las personas involucradas en su atención. Excepto como se describe a continuación, no tenemos que aceptar la restricción que solicita. Si aceptamos su solicitud, respetaremos sus restricciones, a menos que la información sea necesaria para tratamiento de urgencia.

Nuestros proveedores de atención médica deben aceptar su solicitud de restringir las divulgaciones de información médica si (i) las divulgaciones son para el pago o las operaciones de atención médica (y no son requeridas por ley) y (ii) la información se refiere únicamente a los artículos o servicios de atención médica que usted u otra persona en su nombre (que no sean nuestros planes de salud) ha pagado en su totalidad.

**Derecho a solicitar un método de comunicación alternativo:** tiene derecho a solicitar por escrito que nos comuniquemos 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 o por correo electrónico. Nuestros proveedores de atención médica aceptarán cualquier solicitud que sea razonable en relación con los métodos alternativos de comunicación.

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

Si cree que se han violado sus derechos de privacidad, puede presentar un reclamo por escrito ante Commonwealth Care Alliance, Inc. o ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos.

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

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

## SECCIÓN 7: Requisitos específicos del estado

**Sistema de Información de Vacunas de Massachusetts:** Nuestros proveedores deben informar las vacunas que recibe al Sistema de Información sobre Vacunación de Massachusetts (Massachusetts Immunization Information System, MIIS). El MIIS es un sistema estatal que lleva un registro de las vacunas y es administrado por el Departamento de Salud Pública de Massachusetts (Massachusetts Department of Public Health, MDPH). Si no desea que sus registros de MIIS se compartan con otros proveedores de atención médica, debe enviar un formulario de objeción a la divulgación de datos a la siguiente dirección:

Programa de  
vacunación del Sistema de Información de Inmunización de Massachusetts  
(Massachusetts Immunization Information System, MIIS)  
Departamento de Salud Pública de Massachusetts  
305 South Street  
Jamaica Plain, MA 02130

---

<b>Sección 1.5</b>	<b>Debemos brindarle información sobre el plan, su red de proveedores y sus servicios cubiertos.</b>
--------------------	--

Como miembro de **CCA Medicare Premier**, tiene derecho a obtener varios tipos de información de nuestra parte.

Si desea obtener alguno de los siguientes tipos de información, llame a Servicios al Miembro:

Información sobre nuestro plan. Esto incluye, por ejemplo, información sobre las condiciones financieras del plan.

Información sobre los proveedores y las farmacias de nuestra red. Usted tiene derecho a obtener información sobre calificaciones de proveedores y farmacias de nuestra red y sobre cómo pagamos a los proveedores de nuestra red.

Información sobre su cobertura y las normas que debe cumplir al usarla. En los Capítulos 3 y 4 se brinda información sobre los servicios médicos. En los Capítulos 5 y 6 se brinda información sobre la cobertura de medicamentos con receta de la Parte D.

Información sobre por qué algo no está cubierto y qué puede hacer al respecto. En el Capítulo 9 se brinda información sobre cómo solicitar una explicación por escrito cuando un servicio médico o medicamento de la Parte D no están cubiertos o si su cobertura está restringida. En el Capítulo 9 también se brinda información sobre cómo solicitarnos que cambiemos una decisión, lo que también se denomina apelación.

**Información sobre sus responsabilidades como miembro de nuestro plan.** Usted tiene algunas responsabilidades que debe cumplir como miembro de CCA Medicare Preferred.

<b>Sección 1.6</b>	<b>Debemos respaldar su derecho a participar con médicos en la toma de decisiones sobre su atención</b>
--------------------	---

**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 proveedores de atención médica y otros proveedores de 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 proveedores de atención médica sobre el mejor tratamiento para usted, sus derechos incluyen lo siguiente:

**Conocer todas sus opciones.** Tiene derecho a que le informen todas las opciones de tratamiento recomendadas para su enfermedad, sin importar el costo, o si estas 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 proveedor de atención médica 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.

**Recibir una explicación si se niegan la cobertura de 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 este manual, se le informa cómo solicitar al plan una decisión de cobertura.

**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.

**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 previas en estas situaciones se llama “**directiva anticipada**”. Hay distintos tipos de directivas anticipadas y diferentes nombres para ellas. En Massachusetts, el documento se denomina **poder notarial para atención médica**. En otros estados, los documentos llamados “**testamento en vida**” y “**poder notarial para atención médica**” son ejemplos de directivas anticipadas.

Esto significa que, **si quiere**, puede hacer lo siguiente:

Completar un formulario de poder notarial para atención médica en el que le otorga a alguien (denominado su “representante de atención médica”) la autoridad legal para tomar decisiones de atención por usted si su proveedor de atención médica determina que usted es incapaz de tomar o comunicar decisiones de atención médica por sí mismo.

Si desea otorgar un poder notarial para atención médica para dar sus instrucciones, haga lo siguiente:

**Obtenga el formulario.** Puede comunicarse con Servicios al Miembro y solicitar un formulario proporcionado por Honoring Choices Massachusetts. También puede descargar una copia del formulario del sitio web de Honoring Choices Massachusetts ([www.honoringchoicesmass.com](http://www.honoringchoicesmass.com)).

**Complételo y fírmelo.** Sin importar en dónde lo consiga, tenga en cuenta que este formulario es un documento legal.

**Entregue copias a la gente que corresponda.** Una copia de su poder notarial para atención médica es tan válida como el original. Debe proporcionarles una copia del formulario a su proveedor de atención médica y a sus representantes de atención médica. Debería proporcionarles copias a sus amigos cercanos o familiares. Conserve una copia en su casa.

Si sabe con anticipación que estará hospitalizado y ha firmado un poder notarial para atención médica, **lleve una copia al hospital**.

En el hospital, le preguntarán si ha firmado el formulario de directiva anticipada y si lo tiene con usted.

Si no ha firmado un formulario de directiva anticipada, 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 un poder notarial para atención médica y no se cumplieron sus deseos, puede presentar un reclamo ante la Unidad de Reclamos del Departamento de Salud Pública de Massachusetts, División de Calidad de la Atención Médica llamando al 1-800-462-5540. Para presentar un reclamo contra un proveedor de atención médica en particular, llame a la Junta de Registro de Médicos al 781-876-8200.

<b>Sección 1.7</b>	<b>Tiene derecho a presentar reclamos o apelaciones sobre la organización o la atención que brinda.</b>
--------------------	---

Si tiene algún problema, inquietud o reclamo y necesita solicitar cobertura o presentar una apelación, en el Capítulo 9 de este documento se informa qué puede hacer. 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 su Evidencia de cobertura.

<b>Sección 1.8</b>	<b>Usted tiene derecho a hacer recomendaciones sobre nuestra política de derechos y responsabilidades de los miembros.</b>
--------------------	--

Si tiene alguna recomendación sobre nuestra política de derechos y responsabilidades de los miembros, puede compartirla si llama a Servicios al Miembro.

<b>Sección 1.9</b>	<b>Qué debe hacer si cree que lo están tratando de manera injusta o que sus derechos no se respetan</b>
--------------------	---

### **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, orientación sexual o nacionalidad, llame 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 cree que ha 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 al Miembro**.

Puede **llamar al Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (State Health Insurance Assistance Program, SHIP)**. Consulte la Sección 3 del Capítulo 2 para obtener detalles.

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

<b>Sección 1.10</b>	<b>Cómo obtener más información sobre sus derechos</b>
---------------------	--

Hay varias formas de obtener más información sobre sus derechos:

Puede **llamar a Servicios al Miembro**.

Puede **llamar al Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (State Health Insurance Assistance Program, SHIP)**. Consulte la Sección 3 del Capítulo 2 para obtener detalles.

Puede comunicarse con **Medicare**.

- Puede visitar el sitio web de Medicare para leer o descargar la publicación "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 (TTY 1-877-486-2048).

---

## **SECCIÓN 2      Tiene ciertas responsabilidades como miembro del plan**

---

Lo que tiene que hacer como miembro del plan se enumera a continuación. Si tiene preguntas, llame a Servicios al Miembro.

- **Familiarizarse con sus servicios cubiertos y las normas que debe seguir para recibirlos. Use esta Evidencia de cobertura para saber qué está cubierto en su caso y las normas que debe seguir para recibir sus servicios cubiertos.**
  - En los Capítulos 3 y 4 se brindan detalles sobre sus servicios médicos.
  - En los Capítulos 5 y 6 se brindan detalles sobre su cobertura de medicamentos con receta de la Parte D.

**Si tiene otra cobertura de seguro médico o de medicamentos con receta además de nuestro plan, debe informarnos.** En el Capítulo 1 se le informa sobre la coordinación de estos beneficios.

- **Decirle a su proveedor de atención médica y a otros proveedores que está inscrito en nuestro plan. Muestre su tarjeta de membresía del plan cuando reciba atención médica o medicamentos con receta de la Parte D.**
- **Ayudar a sus proveedores de atención médica y a otros proveedores a ayudarlo, al dar información, hacer preguntas y llevar el seguimiento de su atención.**
  - Para ayudar a obtener la mejor atención, informe a sus proveedores de atención médica y a otros proveedores sobre sus problemas de salud. Siga los planes de tratamiento y las instrucciones acordados entre usted y sus proveedores de atención médica.
  - Asegúrese de que sus proveedores de atención médica sepan todos los medicamentos que toma, incluidos los de venta libre, las vitaminas y los suplementos.
  - Si tiene alguna duda, asegúrese de preguntar y obtener una respuesta que pueda comprender.
- **Ser considerado. 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 proveedor de atención sanitaria, del hospital y de otros consultorios.**

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

- Debe continuar pagando sus primas de la Parte D de Medicare para seguir siendo miembro del plan.
  - Para la mayoría de los servicios médicos o medicamentos cubiertos por el plan, deberá pagar su parte del costo cuando reciba el servicio o el medicamento. Si se le exige que pague una multa por inscripción tardía, debe pagar la multa para mantener su cobertura de medicamentos con receta.
  - Si se le exige que pague el monto extra de la Parte D debido a sus ingresos anuales, debe seguir pagando el monto extra directamente al gobierno para continuar siendo miembro del plan.
  - **Si se muda dentro de nuestra área de servicio**, tenemos que saberlo para mantener actualizado su registro de membresía y saber cómo comunicarnos con usted.
  - **Si se muda fuera de nuestra área de servicio del plan, no puede seguir siendo miembro de nuestro plan.** Si se muda, también es importante que avise al Seguro Social (o a la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios).
- 

CCA Medicare Premier (PPO) es un plan de salud con contrato de Medicare. La inscripción depende de la renovación del contrato.

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, del 1 de octubre al 31 de marzo. (Del 1 de abril al 30 de septiembre: de 8 am a 8pm, de lunes a viernes, y de 8am a 6pm, sábado y domingo).

La llamada es gratis.