

DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DE LOS MIEMBROS

Nos comprometemos a cumplir lo siguiente:

1. Reconocerlo y respetarlo como miembro.
2. Fomentar la apertura del diálogo entre usted, el doctor y otros profesionales médicos.
3. Proporcionar la información necesaria para que sea un paciente informado.
4. Brindar acceso a los servicios cubiertos y a la red de proveedores.
5. Comunicar nuestras expectativas sobre usted como miembro.
6. Brindar cobertura independientemente de la raza, el color, la nacionalidad, la edad, la discapacidad, el género, la identidad de género y la orientación sexual.

Los derechos y las responsabilidades mencionadas se detallan en profundidad en las secciones del presente contrato. Consulte las secciones correspondientes para obtener información adicional.

Sus derechos:

1. Participar junto con el doctor y los profesionales médicos en la toma de decisiones sobre la atención médica. Esto incluye trabajar en cualquier plan de tratamiento y tomar decisiones sobre la atención. Debe conocer los posibles riesgos de las diversas opciones del tratamiento, los problemas relacionados con la recuperación y la probabilidad de éxito. No recibirá ningún tratamiento sin el consentimiento que usted o su representante legal autorizado hayan otorgado de manera voluntaria. El proveedor debe brindar información sobre las opciones de atención médica.
2. Saber quién aprueba y realiza los procedimientos o tratamientos. Se deben explicar con claridad todos los posibles tratamientos y la naturaleza del problema.
3. Recibir los beneficios incluidos en la cobertura. Se debe acudir a proveedores de la red para recibir la cobertura según se explica en el presente documento. De lo contrario, si no cuenta con una autorización previa, se pueden denegar los beneficios, excepto en caso de requerir servicios de emergencia.
4. Tiene derecho a ser tratado con respeto y dignidad.
5. Preservar la privacidad de la información médica personal de conformidad con las leyes estatales y federales, así como con nuestras políticas.
6. Recibir información sobre la organización, los servicios, la red de doctores, profesionales médicos, hospitalares y otras instalaciones, los cambios en la red de proveedores que le brindan tratamientos, nuestras políticas y los derechos y responsabilidades de los miembros.
7. Hablar abiertamente con el doctor y los profesionales médicos para determinar la atención médica adecuada y necesaria para su afección, que incluye los nuevos usos de la tecnología, independientemente del costo de dichos servicios o de si están contemplados o no en la cobertura de beneficios. Esto incluye la información que el médico de cabecera brinde sobre el posible problema (el diagnóstico), el tratamiento recomendado, otras opciones disponibles y los resultados más probables (el pronóstico). El proveedor y el área de servicios para miembros pueden ofrecerle tratamientos que podrían no estar cubiertos en virtud del contrato, independientemente del costo. Tiene derecho a conocer los costos que deberá pagar. Se le deben comunicar de forma tal que pueda comprenderlos. En caso de que no sea apropiado brindarle información por razones médicas, se contactará al representante legal autorizado. El médico le solicitará su aprobación para el tratamiento a menos que, en caso de emergencia, su vida y salud estén en grave peligro.
8. Presentar quejas o reclamos sobre la organización, la cobertura o la atención brindada.
9. Apelar cualquier decisión que la organización o los administrados designados tomen sobre los beneficios o la cobertura.
10. Rechazar el tratamiento en la medida que la ley lo permita sin perjudicar los tratamientos posteriores y recibir información sobre las consecuencias médicas por parte de los proveedores. Usted es responsable de sus acciones si rechaza el tratamiento o si no sigue las instrucciones del proveedor. Debe

consultar todas las inquietudes sobre el tratamiento con el proveedor, quien debe informarle sobre las consecuencias médicas. El proveedor puede analizar diferentes planes de tratamiento junto con usted en caso de que haya más de una opción disponible. Usted tomará la decisión final. El proveedor debe brindarle información sobre las directivas anticipadas, mientras que usted debe solicitar que se adjunte una copia al expediente médico.

11. Consultar sus antecedentes médicos.
12. Tiene derecho a recibir información sobre los servicios dentro y fuera de la cobertura cuando lo solicite o requiera una autorización para ellos, así como información sobre cómo acceder a los servicios, cómo elegir y/o cambiar el médico de cabecera designado, qué proveedores pertenecen a la red, cómo presentar una queja o una apelación ante la denegación de beneficios. Esto incluye información sobre los derechos y las responsabilidades de los miembros, así como sobre otras normas y pautas. Se le notificará con al menos 30 días naturales de anticipación a la fecha de entrada en vigor de cualquier modificación. En la notificación, se le informará sobre el efecto de los cambios en la cobertura y cualquier responsabilidad personal relacionada con los beneficios o costos.
13. Seleccionar otro plan de salud durante la apertura de la inscripción o un período de inscripción especial.
14. Obtener acceso adecuado a doctores y profesionales médicos calificados y a tratamientos o servicios independientemente de su raza, color, origen nacional, edad, discapacidad, género, identidad de género u orientación sexual.
15. Obtener acceso a los servicios necesarios de urgencia y emergencias médicas las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
16. Recibir información en un formato diferente en caso de padecer una discapacidad en virtud de la Ley para Estadounidenses con Discapacidades.
17. Seleccionar un médico de cabecera dentro de la red. También tiene derecho a cambiar de médico de cabecera o solicitar información sobre los proveedores de la red que se encuentran cerca de su hogar o trabajo.
18. Conocer el nombre y el cargo de las personas que le brindan atención médica.
19. Acceder a un intérprete disponible por teléfono si no entiende o no habla inglés.
20. Recibir una segunda opinión de un proveedor de la red si desea obtener más información sobre el tratamiento o si quiere explorar otras opciones.
21. Emitir una directiva anticipada para decisiones sobre la atención médica. El proveedor debe brindarle información sobre las directivas anticipadas, mientras que usted debe solicitar que se adjunte una copia al expediente médico.
22. Determinar qué acciones se deben tomar con respecto a su salud si ya no puede tomar decisiones por sí mismo debido a una enfermedad o discapacidad. Tiene derecho a que se conozcan sus preferencias al completar los formularios de directivas anticipadas. Los formularios de directivas anticipadas se pueden completar para proteger sus derechos de atención médica. Pueden ayudar al médico de cabecera y a otros proveedores a comprender sus deseos con respecto a su salud. Las directivas anticipadas no le quitarán el derecho a tomar sus propias decisiones y se tendrán en cuenta solamente cuando no pueda expresarse por sí mismo. Ejemplos de directivas anticipadas:
 - a. Testamento vital
 - b. Poder notarial para la atención médica
 - c. Órdenes de no reanimarLos miembros también tienen derecho a negarse a emitir directivas anticipadas. Se prohíbe la discriminación por no emitir directivas anticipadas.
23. Brindar recomendaciones sobre la política de derechos y responsabilidades de los miembros.

Sus responsabilidades:

1. Leer el presente contrato en su totalidad.
2. Tratar a todos los profesionales y al personal de atención médica con cortesía y respeto.
3. Brindar información precisa y completa sobre afecciones actuales, enfermedades pasadas, hospitalizaciones, medicamentos y otros asuntos relacionados con su salud, que nosotros y los médicos necesitemos para brindarle atención. Debe comunicar si comprende el procedimiento de atención médica con claridad y lo que se espera de usted. Debe hacer todas las preguntas necesarias al médico para que comprenda el procedimiento de atención médica que recibe.
4. Revisar y comprender la información que recibe sobre nosotros. Debe conocer el uso adecuado de los servicios cubiertos, así como el requisito de acudir a proveedores de la red y obtener autorización previa para los servicios cuando sea necesario.
5. Muestre la tarjeta de identificación del miembro y acuda a las citas programadas con el médico. Llame al consultorio durante el horario de atención siempre que sea posible si está retrasado o desea cancelar el turno.
6. Consulte al médico de cabecera asignado durante la mayor parte de la atención. Puede cambiar de médico de forma oral o por escrito al comunicarse con el área de servicios para miembros.
7. Leer y comprender en la medida de sus capacidades todos los materiales relacionados con los beneficios de salud o solicitar ayuda si la necesita.
8. Seguir los planes de tratamiento y las instrucciones de atención médica que haya acordado con los profesionales médicos y el doctor.
9. Informarles si no comprende el plan de tratamiento o lo que se espera de usted. Debe determinar junto con el proveedor los objetivos del tratamiento. Si no sigue el plan del tratamiento, tiene derecho a que se le informe sobre los resultados probables de su decisión.
10. Siga todas las pautas, disposiciones, políticas y procedimientos del plan de beneficios de salud.
11. Acuda a cualquier sala de emergencias solamente ante situaciones de urgencia. Para todos los demás tipos de atención, debe comunicarse con el médico de cabecera o acceder a un centro de emergencias. Además, puede comunicarse con la línea de asesoramiento de enfermería al 1-877-687-1197 las 24 horas, los 7 días de la semana. Puede acceder a servicios de telemedicina a través del proveedor o llamando al 1-800-835-2362.
12. Debe brindar información sobre cualquier otra cobertura de atención médica que haya obtenido antes o después de inscribirse con nosotros. Si se inscribe en otra cobertura, deberá facilitarnos la información lo antes posible. Debe hacerlo para evitar pagos indebidos. No puede inscribirse en la cobertura de Marketplace si ya cuenta con la cobertura de Medicare. La cobertura de Marketplace se duplica para los miembros actuales de Medicare y no brindará beneficios adicionales porque Medicare prevalece.
13. Pagar las cuotas mensuales a tiempo y todos los montos deducibles, copagos o porcentajes de coseguro.
14. Recibir todos los servicios y suministros de atención médica de los proveedores de la red, excepto en los casos establecidos específicamente en este contrato.
15. Informar al Intercambio de Beneficios de Salud del Estado de Washington (Washington Health Benefit Exchange) u otra entidad a través de la cual se inscribió sobre cualquier cambio en sus ingresos, tamaño del hogar, dirección o elegibilidad para cobertura médica lo antes posible, dentro de los 60 días naturales a partir de la fecha del acontecimiento.
16. Notificarnos a nosotros o al Intercambio de Beneficios de Salud del Estado de Washington sobre cualquier cambio relacionado con la inscripción que afectaría al contrato dentro de los 60 días naturales posteriores al acontecimiento. Entre los cambios relacionados con la inscripción, se incluye el nacimiento o la adopción de un hijo, el matrimonio, el divorcio, el cambio de dirección, la incorporación o remoción de una persona a cargo, los casos donde el cónyuge o pareja de hecho se vuelve elegible en virtud de una aseguradora diferente o el encarcelamiento cuando los montos deducibles o máximos a cargo del miembro que hayan sido previamente cancelados dentro del mismo año calendario pueden calificar para transferirse de una póliza a otra.