Capítulo 11: Notificaciones legales

Introducción

Este capítulo incluye avisos legales que pueden aplicar a su participación en <plan name>. Los términos clave y sus definiciones se encuentran en orden alfabético en el último capítulo del *Manual del miembro*.

[**Note:** You may include other legal notices, such as a notice of member non-liability or a notice about third-party liability. Such notices may be added only if they conform to Medicare laws and regulations.]

[Plans should refer members to other parts of the handbook using the appropriate chapter number and section. For example, "refer to Chapter 9, Section A." An instruction [plans may insert reference, as applicable] is listed next to each cross reference throughout the handbook.]

[*Plans must update the Table of Contents to this document to accurately reflect where the information is found on each page after plan adds plan-customized information to this template.*]

Tabla de contenidos

[A. Aviso sobre las leyes 2](#_Toc170379127)

[B. Aviso sobre no discriminación 2](#_Toc170379128)

[C. Aviso sobre <plan name> como pagador secundario 2](#_Toc170379129)

[C1. Derecho de subrogación de <plan name> 2](#_Toc170379130)

[C2. Derecho de reembolso de <plan name> 3](#_Toc170379131)

[C3. Sus responsabilidades 3](#_Toc170379132)

[D. Confidencialidad del paciente y aviso sobre prácticas de privacidad 4](#_Toc170379133)

# Aviso sobre las leyes

Varias leyes se aplican a este *Manual del miembro*. Estas leyes pueden afectar a sus derechos y responsabilidades, incluso si las leyes no se incluyen o no se explican en este manual. Las leyes principales que se aplican a este manual son las leyes federales sobre los programas Medicare y Medicaid. Es posible que también se apliquen otras leyes federales y del estado.

# Aviso sobre no discriminación

Cada compañía o agencia que funciona con Medicare y Medicaid debe cumplir con las leyes que lo protegen contra la discriminación o el trato injusto. No le discriminamos o le tratamos de forma diferente por razón de su edad, número de reclamos, color, etnia, prueba de asegurabilidad, género, información genética, ubicación geográfica dentro del área de servicio, estado de salud, antecedentes médicos, discapacidad mental o física, nacionalidad, raza, religión, sexo u orientación sexual.

Si quiere más información o tiene preocupaciones sobre discriminación o trato injusto:

* Llame a la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1-800-368-1019. Los usuarios TTY pueden llamar al 1-800-537-7697. También puede visitar [www.hhs.gov/hipaa/for-individuals/spanish](http://www.hhs.gov/hipaa/for-individuals/spanish) para obtener más información.
* Llame a la Oficina de Derechos Civiles local. [*Plans insert contact information for the local office.*]

Si tiene una discapacidad y necesita ayuda para acceder a servicios de cuidado de salud o a un proveedor, llame a Servicios al miembro. Si tiene una queja, como un problema con el acceso con silla de ruedas, Servicios al miembro puede ayudarlo.

# Aviso sobre <plan name> como pagador secundario

A veces otra persona tiene que pagar primero por los servicios que le proporcionamos a usted. Por ejemplo, si usted tiene un accidente de automóvil o se lesiona en el trabajo, el seguro o la indemnización por accidente laboral tiene que pagar primero.

<Plan name> tiene el derecho y la responsabilidad de cobrar el pago por los servicios cubiertos cuando otra persona o entidad tiene que pagar primero.

## C1. Derecho de subrogación de <plan name>

La subrogación es el proceso por el que <plan name> obtiene la devolución del costo total o parcial de su cuidado de salud de otro asegurador. Estos son ejemplos de otros aseguradores:

* El seguro de su vehículo o el seguro de propietario de casa
* El seguro del vehículo o el seguro del propietario de casa de una persona que le haya causado a usted una enfermedad o lesión
* Indemnización por accidente laboral

Si una compañía de seguros que no sea <plan name> debe pagar los servicios relacionados con una enfermedad o lesión, <plan name> tiene derecho a pedir que ese asegurador le pague. A menos que la ley exija otra cosa, la cobertura de <plan name> conforme a esta póliza será secundaria cuando otro plan, incluyendo otro plan de seguro, le proporcione cobertura de servicios de cuidado de salud.

## C2. Derecho de reembolso de <plan name>

Si usted obtiene dinero por alguna demanda o acuerdo judicial relacionado con una enfermedad o lesión, <plan name> tiene derecho a pedirle a usted que devuelva el costo de los servicios cubiertos que pagamos. No podemos hacer que usted nos pague más de la cantidad de dinero que recibió de la demanda o el acuerdo.

## C3. Sus responsabilidades

Como miembro de <plan name>, usted está de acuerdo con lo siguiente:

* Avisarnos de cualquier situación que pueda afectar los derechos de subrogación o reembolso de <plan name>.
* Cooperar con <plan name> cuando le pidamos información y asistencia con la coordinación de beneficios, la subrogación o el reembolso.
* Firmar documentos para ayudar a <plan name> con sus derechos de subrogación y reembolso.
* Autorizar a <plan name> que investigue, pida y revele la información necesaria para efectuar tareas de coordinación de beneficios, subrogación y reembolso en la medida en que lo permitan las leyes.
* Pagar a <plan name> las cantidades recuperadas mediante una demanda, un acuerdo u otro medio de cualquier tercero o de su compañía aseguradora en la medida de los beneficios proporcionados en virtud de la cobertura, hasta el valor de los beneficios proporcionados.

Si usted no está dispuesto a ayudarnos, es posible que tenga que pagar nuestros costos, incluyendo los honorarios razonables de abogados, para hacer valer nuestros derechos conforme a este plan.

# Confidencialidad del paciente y aviso sobre prácticas de privacidad

Nos aseguraremos de que toda la información, los expedientes, los datos y los elementos de datos relacionados con usted, usados por nuestra organización y nuestros empleados, subcontratistas y asociados comerciales, se protejan contra la revelación no autorizada de conformidad con 305 ILCS 5/11-9, 11-10 y 11-12; USC 42 654(26); CFR 42 parte 431, subsección F; y CFR 45 parte 160 y CFR 45 parte 164, subsecciones A y E.

Estamos obligados por ley a proporcionarle una notificación que describa cómo se puede usar y revelar su información médica, y cómo usted puede obtener esta información. Lea cuidadosamente este Aviso de prácticas de privacidad. Si tiene alguna pregunta, llame a Servicios al miembro al <toll-free phone and TTY numbers>, <days and hours of operation>. La llamada es gratuita.

[Plans should add language describing their Notice of Privacy Practices.]