

Derechos y responsabilidades de los asegurados de Presbyterian Health Plan

Cada asegurado de Presbyterian Health Plan (o su tutor legal) tiene derecho:

1. A recibir información sobre Presbyterian Health Plan, necesaria para tomar decisiones informadas, incluso entre otras, referentes a sus servicios y beneficios de atención médica, cómo obtener acceso a dichos servicios, la red de proveedores de atención médica, el proceso de apelaciones y quejas, las políticas y procedimientos y los derechos y responsabilidades de los asegurados.
2. A ser tratados equitativamente, con cortesía, consideración y respeto, y con reconocimiento de su dignidad y necesidad de privacidad.
3. A elegir un proveedor de atención primaria [primary care provider, PCP] dentro de los límites del plan, y a participar con los proveedores en la toma de decisiones sobre todos los aspectos de su atención médica, incluso el desarrollo del curso del tratamiento, los tratamientos aceptables y el derecho a rechazar el tratamiento, así como lo siguiente:
 - a. Conocer los nombres y la situación profesional de las personas que participan en el tratamiento del asegurado; tener acceso oportuno al proveedor principalmente responsable de la atención médica; y obtener referidos a especialistas cuando sea médicamente necesario.
 - b. Obtener información sobre diagnósticos, tratamientos y resultados esperados para tomar decisiones informadas, a menos que el proveedor de atención médica determine que la información podría ser perjudicial para el asegurado. (En este caso, la información se entregará a una persona designada por el asegurado o a una persona legalmente autorizada para recibir dicha información). En casos de urgencia, esta información incluirá una descripción del procedimiento o tratamiento, los riesgos médicamente significativos que conlleva, cualquier curso alternativo de tratamiento o de no recibir tratamiento y los riesgos que conlleva cada uno, y el nombre de la persona que llevará a cabo el procedimiento o tratamiento.
 - c. Al consentimiento informado basado en información suficiente que permita a una persona razonablemente prudente tomar una decisión informada sobre el tratamiento propuesto, los peligros inherentes y potenciales del tratamiento propuesto y el resultado si el problema médico permanece sin tratar.
 - d. A buscar una segunda opinión de un profesional médico cualificado dentro de la red de proveedores de atención médica de Presbyterian Health Plan, o Presbyterian Health Plan se encargará de ayudar al asegurado a obtener una segunda opinión fuera de la red, si no hay otro proveedor de atención médica cualificado en la red, sin costo adicional para el asegurado.
 - e. A todos los derechos que la ley, las normas o los reglamentos le otorgan como paciente de un centro médico autorizado, incluso el derecho a rechazar medicamentos y tratamientos después de que se le hayan explicado las posibles consecuencias de esta decisión en un idioma que el asegurado comprenda.

- f. Una continuidad razonable de la atención médica y a conocer de antemano la hora y el lugar de una cita, así como el proveedor que le prestará la atención médica.
 - g. Ser avisado si un proveedor de atención médica propone realizar experimentos que afecten a la atención o el tratamiento y tener derecho a negarse a participar en dichos proyectos de investigación.
 - h. Ser informado de los requisitos de atención médica continuada tras el alta de los centros clínicos, ya sea como paciente internado o ambulatorio.
 - i. Obtener una notificación rápida de la finalización, disminución o cambios en los beneficios, los servicios o la red de proveedores de atención médica que afectan directamente la atención médica del asegurado.
 - j. Ser avisado de su obligación financiera si recibe atención médica de un proveedor no participante o en el caso de que los servicios se obtengan sin las certificaciones de beneficios requeridas que pueda exigir su plan.
4. A una discusión y explicación franca de las opciones de tratamiento o decisiones médicas debidas o médicamente necesarias para sus problemas médicos, independientemente del costo o de la cobertura de beneficios e incluyendo la estructura de pagos o la explicación de facturación de los servicios no cubiertos. Esto incluye el derecho a que se proporcione la explicación a los familiares más próximos, al tutor, al agente o al sustituto si está disponible, cuando el asegurado sea incapaz de comprender y a que se registren todas las explicaciones en el expediente médico del asegurado, incluso si procede, una autorización médica firmada por el asegurado que permite la divulgación de información médica.
5. A una explicación completa de por qué se le deniega la atención médica, incluso la oportunidad de expresar sus quejas o apelaciones ante Presbyterian Health Plan o sus organizaciones reguladoras con respecto a Presbyterian Health Plan o la atención médica que presta. El asegurado también tiene derecho a recibir una respuesta a las mismas en un plazo razonable y sin temor a represalias. Los asegurados de Medicare Advantage tienen derecho a una determinación de reconsideración automática realizada por una entidad externa independiente contratada por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid [Centers for Medicare and Medicaid Services, CMS] si Presbyterian Health Plan confirma, total o parcialmente, su decisión adversa original.
- a. Si la cantidad en controversia cumple los requisitos para solicitar una audiencia ante un Juez de Derecho Administrativo [Administrative Law Judge, ALJ], los asegurados de Medicare Advantage tienen derecho a una audiencia ante un ALJ, a que un Contratista Administrativo de Medicare [Medicare Administrative Contractor, MAC] revise la determinación de la audiencia ante el ALJ y a una revisión judicial de la decisión de la audiencia.
 - b. Para la atención hospitalaria como paciente internado, los asegurados de Medicare Advantage también pueden presentar una apelación ante la Organización para la Mejora de la Calidad [Quality Improvement Organization, QIO] para solicitar una revisión inmediata de la QIO si Presbyterian Health Plan determina que la atención hospitalaria como paciente internado ya no es necesaria y el asegurado no está de acuerdo. Los asegurados de Medicare Advantage también pueden presentar reclamaciones sobre la calidad de la atención médica ante la QIO.
6. A hacer recomendaciones sobre la política de derechos y responsabilidades de los asegurados de Presbyterian Health Plan.

7. A estar libre de cualquier forma de restricción o reclusión utilizada como medio de coerción, disciplina, conveniencia o represalia, según lo especificado en las regulaciones federales o estatales de Nuevo México.
8. A recibir servicios médicos de forma no discriminatoria. No se podrá negar a ningún asegurado los beneficios ni la participación en los servicios cubiertos por motivos de género, edad, raza, color, orientación sexual, discapacidad física o mental, formación cultural o educativa, religión u origen nacional, ascendencia, estado civil, situación económica o médica, información genética, expediente de frecuencia de uso de los servicios médicos, fuente de pago de la atención médica o si el asegurado ha presentado una reclamación o apelación.
9. Los asegurados que tengan alguna discapacidad tendrán derecho a recibir información en un formato alternativo de conformidad con la Ley de Estadounidenses con Discapacidades [Americans with Disabilities Act].
10. A estar libre de acoso por parte de Presbyterian Health Plan o de sus proveedores de atención médica de la red con respecto a disputas contractuales entre Presbyterian Health Plan y dichos proveedores.
11. A elegir entre los proveedores de atención médica disponibles dentro de los límites de la red de Presbyterian Health Plan para su plan y sus requisitos de referidos y certificación de beneficios y tener un acceso adecuado a profesionales médicos cualificados para el tratamiento de los beneficios cubiertos cerca de donde viven o trabajan dentro del zona de servicio. (Los asegurados cuyo plan contenga beneficios fuera de la red no están obligados a recibir tratamiento de proveedores de atención médica de la red para esos servicios).
12. Una asegurada tiene derecho a autoderivarse a un especialista en salud femenina dentro de la red para recibir la atención médica cubierta necesaria para proporcionarle servicios de atención médica rutinarios y preventivos para la mujer. Esto se añade a la fuente de atención primaria designada de la asegurada si dicha fuente no es un especialista en salud femenina.
13. A dar a conocer sus deseos con respecto a la atención médica por medio de las directivas médicas por adelantado referentes a las decisiones de atención médica conforme a las leyes y reglamentos federales y estatales, el testamento vital u otra directriz, incluso el derecho a no recibir servicios de reanimación o a renunciar o retirar el tratamiento de mantenimiento de la vida, y/o a elegir a un sustituto para la toma de decisiones que participe, según proceda, en las decisiones sobre la atención médica.
14. A servicios disponibles y accesibles cuando sean médicamente necesarios, 24 horas al día, los siete días de la semana, para servicios de atención médica urgentes o de emergencia si el asegurado cree, y/o su representante autorizado cree, que él (el asegurado) padece un problema médico que podría poner en grave peligro la salud, causar un deterioro grave de las funciones corporales o producir una disfunción grave de cualquier órgano o parte del cuerpo.
15. A disponer de servicios de traducción para los asegurados que no utilicen el inglés como lengua materna, y servicios de traducción para los asegurados con deficiencias auditivas para comunicarse con Presbyterian Health Plan.
16. A rechazar la atención médica, el tratamiento o los medicamentos una vez que el proveedor de atención médica le haya explicado la atención y el tratamiento o le haya dado otros consejos en un idioma que entienda.
17. A recibir información de su proveedor de atención médica en un idioma y con términos que entienda, una explicación de su estado médico completo, el tratamiento recomendado, el riesgo o los riesgos del tratamiento, los resultados esperados y las alternativas médicas razonables

adecuadas para el estado médico del asegurado, independientemente de la posición de Presbyterian Health Plan referente a las opciones de tratamiento. Si el asegurado no es capaz de comprender la información, la explicación se proporcionará a su familiar más próximo, tutor, agente o sustituto, si está disponible, y se documentará en el expediente médico de la persona cubierta.

18. A continuar un tratamiento en curso durante un periodo de por lo menos 30 días si el proveedor de atención médica del asegurado abandona la red de proveedores de Presbyterian Health Plan o si el nuevo proveedor del asegurado no pertenece a la red de proveedores de atención médica de Presbyterian Health Plan.
19. A conocer, bajo solicitud, cualquier acuerdo o disposición financiera entre el asegurador de atención médica y sus proveedores de atención médica que pueda restringir las opciones de referidos o tratamiento o restringir los servicios ofrecidos a los asegurados.
20. A una atención médica asequible, con límites que rigen los gastos de su bolsillo, incluso el derecho a recibir atención médica de un proveedor de atención médica no participante y una explicación de la obligación financiera del asegurado si un proveedor no participante presta los servicios o se prestan sin la certificación de beneficios requerida.
21. A recibir información detallada sobre la cobertura, los beneficios máximos y las exclusiones de problemas médicos, enfermedades o trastornos específicos, incluso los beneficios de medicamentos recetados restringidos y todos los requisitos que tiene que seguir un asegurado para la autorización previa y la revisión de la utilización.
22. A obtener cobertura de medicamentos recetados en un plazo razonable e información sobre la cobertura y los costos de sus medicamentos recetados.
23. A recibir un certificado de cobertura válida cuando finalice la inscripción de un asegurado en Presbyterian Health Plan.
24. En el caso de los planes con cobertura fuera de la red, los asegurados tienen derecho a un ejemplo aprobado de la obligación financiera contraída por una persona cubierta si recibe servicios fuera de la red.
25. Derechos del asegurado con respecto a la información médica protegida [Protected Health Information, PHI]:
 - a. Los asegurados tienen derecho a la privacidad de los expedientes médicos y financieros mantenidos por Presbyterian Health Plan y la red de proveedores de atención médica de Presbyterian Health Plan, de acuerdo con las leyes vigentes.
 - b. Obtener acceso a sus expedientes médicos y financieros de acuerdo con las leyes y reglamentos federales y estatales pertinentes. Los asegurados tienen derecho a la confidencialidad de los expedientes médicos y financieros. Los expedientes sólo se divulgarán con el consentimiento por escrito del asegurado o de su tutor legal o según lo permita la ley.
 - c. Los asegurados tienen derecho a solicitar restricciones sobre ciertos usos y divulgaciones de la PHI, incluso una declaración de que Presbyterian Health Plan no está obligado a aceptar una restricción solicitada.
 - d. Los asegurados tienen derecho a recibir comunicaciones confidenciales de la PHI por parte de Presbyterian Health Plan.
 - e. Los asegurados tienen derecho a inspeccionar y recibir una copia de la PHI.

- f. Los asegurados tienen derecho a modificar la PHI incorrecta o incompleta.
- g. Los asegurados tienen derecho a recibir un informe de ciertas divulgaciones de su PHI.
- h. Los asegurados tienen derecho a obtener una copia impresa del aviso de Presbyterian Health Plan, bajo solicitud, (incluso si el asegurado aceptó previamente recibir el(los) aviso(es) electrónicamente).
- i. Los asegurados tienen derecho a presentar una queja si consideran que Presbyterian Health Plan no está cumpliendo con las normas de la HIPAA sobre la privacidad de la información médica de identificación individual.

Responsabilidades de los asegurados

Presbyterian Health Plan espera que los asegurados cooperen de forma responsable en los asuntos relacionados con su atención médica, incluso los siguientes:

1. La responsabilidad de aportar la información (en la medida de lo posible) que la organización y sus proveedores necesitan para prestar la atención médica.
2. La responsabilidad de seguir los planes e instrucciones de atención médica que hayan acordado con sus proveedores de atención médica.
3. La responsabilidad de comprender sus problemas de salud y participar en el desarrollo de objetivos de tratamiento mutuamente acordados, en la medida de lo posible.
4. Avisar a Presbyterian Health Plan de cualquier cambio de nombre, dirección, número de teléfono, estado civil, recién nacidos que afecte a la elegibilidad.
5. Informar a los proveedores de atención médica que le atienden de su cobertura con Presbyterian Health Plan en el momento de recibir el servicio. Tal vez se exija que los asegurados paguen los servicios si no informan al proveedor que los atiende acerca de su cobertura con Presbyterian Health Plan.
6. Comportarse de forma que apoye la atención médica prestada a otros pacientes y el funcionamiento general del centro clínico.
7. Salvaguardar la confidencialidad de su propia atención médica y la de otros pacientes.
8. Aceptar la obligación financiera, según corresponda, asociada a los servicios recibidos mientras esté bajo la atención de un proveedor de atención médica. Ser responsable del pago de todos los servicios obtenidos antes de la fecha de vigencia del acuerdo y después de su rescisión o cancelación.
9. Revisar la información referente a los servicios cubiertos, las políticas y los procedimientos que se encuentran en su Evidencia de Cobertura [Evidence of Coverage, EOC] y ponerse en contacto con el Centro de Servicio al Cliente de Presbyterian para obtener aclaraciones sobre los beneficios, las restricciones de los beneficios y las exclusiones que se indican en dichos documentos. Los asegurados de Medicare Advantage también recibirán y deberán revisar su Aviso Anual de Cambios [Annual Notice of Change, ANOC].
10. Solicitar y obtener información sobre cualquier acuerdo financiero entre Presbyterian Health Plan y sus proveedores de atención médica que pudiera restringir las opciones de referidos o tratamientos, o restringir los servicios ofrecidos a los asegurados.
11. Cambiar de proveedor de atención primaria (PCP) siguiendo las normas descritas en su EOC.

Basado en la revisión del modelo de atención médica, el Comité Nacional de Control de Calidad [National Committee for Quality Assurance, NCQA] ha aprobado a Presbyterian Dual Plus (HMO D-SNP) para operar un plan de necesidades especiales [Special Needs Plan, SNP] hasta el 2025. Infórmese más a fondo sobre el aviso de no discriminación y los servicios de intérpretes en <https://www.phs.org/nondiscrimination>.