Capítulo 11: Notificaciones legales

Introducción

Este capítulo incluye notificaciones legales que se 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 participante*.

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

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

[The plan 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. Notificación sobre las leyes 2](#_Toc170390787)

[B. Notificación sobre no discriminación 2](#_Toc170390788)

[C. Notificación sobre <plan name> como pagador secundario 2](#_Toc170390789)

[C1. Derecho de subrogación de <plan name> 2](#_Toc170390790)

[C2. Derecho de reembolso de <plan name> 3](#_Toc170390791)

[C3. Sus responsabilidades 3](#_Toc170390792)

[D. Confidencialidad del participante y notificación sobre prácticas de privacidad 3](#_Toc170390793)

[E. Notificación de acción 4](#_Toc170390794)

# Notificación sobre las leyes

Hay muchas leyes que se aplican a este *Manual del participante*. 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.

# Notificación 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 su edad, cantidad 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. Tampoco podrá recibir un trato diferente por razón de su identidad de género. [The plan may add language describing additional categories covered under state human rights laws.]

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 de TTY (personas sordas, con dificultades auditivas o del habla) 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. [*The plan should 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 participante. Si tiene una queja, como un problema con el acceso con silla de ruedas, Servicios al participante puede ayudarlo.

# Notificación sobre <plan name> como pagador secundario

A veces otra persona tiene que pagar primero por los servicios, artículos y medicamentos 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, artículos y medicamentos 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, artículos o medicamentos 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 para los servicios, artículos o medicamentos cubiertos por el FIDA-IDD.

## 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 participante 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.

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 participante y notificación 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 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 esta Notificación de prácticas de privacidad. Si tiene alguna pregunta, llame a Servicios al participante al <phone number>.

# Notificación de acción

Debemos usar una notificación de determinación de cobertura para informarle cualquier negación, cancelación y retraso o modificación en los beneficios. Si usted está en desacuerdo con nuestra decisión, puede apelar ante nuestro plan. No tendrá que pagar por ninguno de estos procedimientos. Para obtener más información sobre las apelaciones, consulte el Capítulo 9 [plan may insert reference, as applicable].