



Derechos y Responsabilidades de los Miembros

¿Cuáles son mis derechos?

Los derechos de los miembros pueden ejercerse sin importar la edad, sexo, estado civil, orientación sexual, raza, color, religión, abolengo, nación de origen, discapacidad, estado de salud o la fuente de pago o utilización de los servicios. Los derechos de los miembros del plan *Western Health Advantage (WHA)* incluyen, pero no se limitan a, los siguientes:

1. A que se les proporcione información acerca de los servicios, los proveedores y las personas que ejercen la medicina, los requisitos de atención administrada, los procesos utilizados para medir la calidad y mejorar la satisfacción de los miembros, y sus derechos y responsabilidades como miembros del plan *WHA*.
2. A que se les trate con respeto y dignidad, y que se les reconozca su derecho a la privacidad.
3. A participar activamente con las personas que ejercen la medicina, a fin de tomar decisiones acerca de su atención médica, en la medida en que la ley lo permita, incluyendo el derecho a rechazar tratamiento o a marcharse de un hospital, en contra del consejo del médico que les atiende.
4. A esperar una plática honesta de las opciones de tratamiento apropiado o necesario desde el punto de vista médico, sin importar el costo o la cobertura del beneficio.
5. A presentar una queja o apelar una decisión ante el plan *WHA*, acerca de la organización o de la atención que éste proporcione, esperando que haya un proceso para garantizar la solución oportuna del asunto.
6. A hacer recomendaciones, con respecto a las políticas del plan *WHA*, acerca de los derechos y responsabilidades de los miembros.
7. A seguir las guías médicas preventivas, los planes de tratamiento recetados y las guías proporcionadas por aquellas personas que proporcionen servicios de atención médica, y a proporcionarles a dichos profesionales información relevante a su propia atención.
8. A saber el nombre del médico que tiene la responsabilidad principal de coordinar su atención, así como los nombres y relaciones profesionales de otras personas que posiblemente proporcionen servicios, incluyendo la educación, certificación o acreditación, situación de licencia, número de años ejerciendo la profesión y experiencia al ejecutar ciertos procedimientos, de la persona que ejerza la profesión.
9. A recibir información sobre su enfermedad, el curso de tratamiento, y las probabilidades de recuperación, en términos que puedan entenderse fácilmente.

Documento público: Esta hoja de datos es solamente una guía general. Consulte su folleto de Prueba de Cobertura (*Evidence of Coverage - EOC*) para obtener una descripción detallada de los beneficios y limitaciones.

10. A recibir información acerca de los tratamientos o procedimientos propuestos, en la medida necesaria para que se dé el consentimiento, con pleno conocimiento, para ya sea recibir o rechazar un curso de tratamiento o procedimiento. Excepto en casos de emergencias, esta información debe incluir: una descripción del procedimiento o tratamiento, los riesgos importantes, desde el punto de vista médico, asociados con el mismo, los cursos alternos de tratamiento, o el no recibir tratamiento alguno, incluyendo los riesgos involucrados con cada uno de los casos, y el nombre de la persona que llevará a cabo el procedimiento planificado.
11. Al tratamiento confidencial y a la privacidad de toda correspondencia y expedientes pertinentes a la atención que se recibió en cualquier lugar de atención médica. Se obtendrá permiso por escrito, antes de que los expedientes médicos se pongan a la disposición de personas que no estén involucradas directamente con su atención, excepto según la ley lo permita, o según sea necesario en la administración del Plan Médico. Las políticas del plan *WHA*, relacionadas con la privacidad y la confidencialidad, están a su disposición cuando así se soliciten.
12. A la completa consideración de la privacidad y la confidencialidad, con respecto a su plan, para la atención médica, plática sobre el caso, consulta, examen y tratamiento, incluyendo el derecho a que se les informe el motivo de la presencia de cualquier individuo, cuando se les esté proporcionando atención.
13. A la continuidad razonable de atención, al igual que a saber con anticipación, la hora y el lugar de una cita, así como el nombre de la persona que ejerce la medicina, que les proporcionará su atención.
14. A que se les informe, si el médico propone involucrar o realizar experimentos humanos que afecten el curso de atención o tratamiento, y la capacidad de negarse a participar en tales proyectos investigativos, si así se desea.
15. A que se les informe sobre los requisitos de atención médica continua, después de que se les dé de alta de un hospital o del consultorio de una persona que ejerce la medicina.
16. A examinar y recibir una explicación de las facturas por los servicios, independientemente de la fuente del pago.
17. A que estos derechos de los miembros le sean aplicables a una persona con responsabilidad legal para tomar decisiones de atención médica en su nombre. Esta persona puede ser su médico.
18. A tener acceso a sus expedientes médicos personales.
19. A formular documentos de instrucciones anticipadas sobre tratamiento, para la atención médica (*advance directives*).

¿Cuáles son mis responsabilidades?

El plan *WHA* y sus proveedores esperan que las personas inscritas se adhieran a las siguientes responsabilidades de los miembros, a fin de facilitar la proporción de atención y servicio de alto nivel de calidad para sus miembros. Sus responsabilidades como miembro incluyen, pero no se limitan a, las siguientes:

Documento público: Esta hoja de datos es solamente una guía general. Consulte su folleto de Prueba de Cobertura (*Evidence of Coverage - EOC*) para obtener una descripción detallada de los beneficios y limitaciones.

1. Conocer, entender y regirse por los términos, condiciones y disposiciones estipuladas por el plan *WHA*, como su Plan Médico. Este documento de Prueba de Cobertura (*Evidence of Coverage – EOC*), que se recibió al momento de su inscripción, y que se recibirá anualmente de aquí en adelante contiene esta información.
2. Proporcionar al plan *WHA* y a sus proveedores y personas que ejerzan la medicina (en la medida posible) la información que necesiten, para proporcionarle atención y servicios. Esto incluye informar al Departamento de Servicio de Atención a los Miembros del plan *WHA*, cuando ocurra un cambio de residencia, o cuando surjan otras circunstancias que podrían afectar su derecho a la cobertura o elegibilidad.
3. Seleccionar a un médico de atención primaria (*primary care physician – PCP*), quien tendrá la responsabilidad primordial de coordinar su atención, y establecer y mantener una relación con dicho *PCP*.
4. Aprender lo referente a su condición médica y problemas médicos, y participar en el desarrollo de metas de tratamiento mutuamente convenidas con la persona que ejerza la medicina, en la medida posible.
5. Seguir los planes e instrucciones para la atención, en los que se haya convenido con las personas que ejerzan la medicina.
6. Concertar citas, según se necesiten o indiquen, notificar al médico, cuando sea necesario cancelar una cita, y volver a concertar citas canceladas, si así se indica.
7. Demostrar consideración y respeto a los proveedores y a su personal, así como a otros pacientes.
8. Expresar reclamaciones por agravio, con respecto al plan *WHA*, o a la atención o servicios recibidos a través de uno de los proveedores del plan *WHA*, ante el Departamento de Servicio de Atención a los Miembros del Plan, para su investigación a través del proceso de reclamación por agravio, del plan *WHA*.

¿Dónde puedo encontrar más información?

Usted puede ver nuestro sitio de Internet en www.westernhealth.com, para obtener más información acerca de los servicios y de los derechos de los miembros del plan *WHA*.

El servicio *TDD/TTY* está a la disposición de las personas con discapacidades del oído o del habla, de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m., ya sea en inglés o en español, llamando al: (888) 877-5378, ó puede marcar el 711. En caso de que necesite un(a) traductor(a) en persona o por teléfono, comuníquese al **Departamento de Servicio de Atención a los Miembros y a los Proveedores del Plan *WHA***, de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m., al (888) 563-2250.

Por favor, los miembros de *CalPERS* llamen al número de teléfono en el lado reverso de su tarjeta de identificación, o para comunicarse con su representante personal del Servicio de Atención a los Miembros del plan *WHA*, llamen al: (916) 563-2251, ó al número telefónico gratuito: (888) 563-2251.

El plan *WHA* tiene representantes que hablan español, para ayudarle. Para obtener información o ayuda en español, por favor, llame al (888) 563-2250.

Documento público: Esta hoja de datos es solamente una guía general. Consulte su folleto de Prueba de Cobertura (*Evidence of Coverage - EOC*) para obtener una descripción detallada de los beneficios y limitaciones.