

MAGELLAN HEALTH
DECLARACIÓN DE DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DE LOS AFILIADOS DE MEDICAID

Declaración de derechos del afiliado

Cada afiliado tiene derecho a:

- A. Ser tratado con cuidado y con respeto y privacidad.
- B. Ser tratado con justicia independientemente de su:
 - Raza.
 - Religión.
 - Género.
 - Etnia.
 - Discapacidad.
 - Fuente de pago.
- C. La privacidad de su tratamiento y otra información. Compartimos los registros de tratamiento con su autorización, solo cuando la ley lo permite.
- D. Obtener atención con facilidad y cuando la necesite.
- E. Aprender sobre su tratamiento de manera que:
 - a. Respete su cultura.
 - b. Lo pueda entender.
 - c. Se adapte a sus necesidades.
- F. Participar en la elaboración de su plan de atención.
- G. Obtener la información en un idioma que pueda entender y que lo que corresponda se traduzca de manera gratuita. Obtener la información de otras maneras que lo solicite.
- H. Obtener información sobre Magellan y sus:
 - a. Proveedores.
 - b. Programas.
 - c. Servicios.
 - d. Función en el proceso de tratamiento.
- I. Obtener información sobre las reglas clínicas que se siguen en su atención.
- J. Preguntar a los proveedores sobre su historial de trabajo y capacitación.
- K. No estar bajo restricción o reclusión para hacer algo que no desea. Esto se basa en una ley federal.
- L. Dar su opinión sobre la política de derechos y responsabilidades.
- M. Pedir un cierto tipo de proveedor.
- N. Pedir a su proveedor que tome decisiones sobre el tratamiento que necesita.
- O. Obtener servicios de atención médica que obedecen las leyes estatales y federales sobre sus derechos.
- P. Ayudar a tomar decisiones sobre su atención médica.
- Q. Cada afiliado tiene derecho a una segunda opinión de un profesional de la salud calificado dentro de la red, o se harán arreglos para que el afiliado obtenga uno fuera de la red, sin costo.
- R. Estar libre de cualquier forma de restricción o reclusión utilizada como medio de coerción, disciplina, conveniencia o represalia, según se especifica en las regulaciones federales sobre el uso de restricciones y reclusión.
- S. Presentar una queja o reclamo sobre:
 - a. Magellan
 - b. Un proveedor
 - c. La atención que recibe
- T. Presentar una apelación sobre una acción o decisión de Magellan. Si no está satisfecho con el resultado de la apelación, puede solicitar una Audiencia justa del estado.
- U. Obtener una copia de sus registros médicos. Puede pedir que los cambien o corrijan.
- V. Ejercer sus derechos. Esto no afectará la forma en que lo tratan Magellan y sus proveedores.
- W. Obtener información escrita sobre las instrucciones anticipadas y sus derechos bajo la ley del estado. (Una instrucción anticipada les indica a los médicos la clase de atención que usted desea si está demasiado enfermo para decidir).
- X. Hablar con su proveedor sobre los tipos de tratamiento que son adecuados para él/ella. La cobertura de costo o beneficio no afecta esto.
- Y. Recibir información sobre cómo y dónde acceder a cualquier beneficio disponible a través del plan del Estado, pero no cubierto

- por el contrato, inclusive cualquier costo compartido y la manera en que se proporciona el transporte.
- Z. Solicitar información de una manera que permita acceder a la facilidad. Esto aplica si usted tiene una discapacidad visual, auditiva o física. Esto le ayudará a saber a qué beneficios y servicios tiene acceso.

Declaración de las Responsabilidades del afiliado

Los afiliados tienen las siguientes responsabilidades:

- A. Obtener el tratamiento que necesita de un proveedor.
- B. Tratar con respeto a todas las personas que le brindan la atención.
- C. Proporcionar a los proveedores y a Magellan la información que necesitan. Esto le ayuda a los proveedores a brindarle atención de calidad. Nos ayuda a proporcionarle el servicio correcto.
- D. Hacer preguntas sobre su atención. Esto les ayuda a usted y a sus proveedores a entender sus problemas de salud. Ayuda a crear metas y planes de tratamiento que usted acepta.
- E. Seguir su plan de tratamiento. Usted y su proveedor deben de estar de acuerdo sobre este plan.
- F. Seguir el plan para tomar sus medicamentos. Usted y su proveedor deben de estar de acuerdo sobre este plan.
- G. Informar a sus proveedores y médico de atención primaria sobre los cambios en sus medicamentos. Esto incluye los medicamentos que le den otros médicos.
- H. Llegar a todas las visitas con su proveedor. Debe llamar a su proveedor tan pronto como sepa que debe cancelar una visita.
- I. Informar a su proveedor cuando piense que el plan de tratamiento no está funcionando.
- J. Informar a su proveedor si tiene problemas para pagar los copagos.
- K. Informarle a alguien si tiene sospechas de abuso y fraude. (Si alguien no está siendo honesto). Llame a la Línea Directa de Cumplimiento Corporativo. Se puede comunicar a este número las 24 horas del día y los siete días de la semana. Esta línea directa es administrada por una compañía externa. No es necesario que dé su nombre cuando llame. Se atenderán todas las llamadas y se mantendrán privadas. Puede denunciar un fraude, desperdicio y abuso a través de uno de los siguientes medios:
 - ♦ Línea Directa de la Unidad de Investigaciones Especiales: (800) 755-0850
 - ♦ Correo electrónico de la Unidad de Investigaciones Especiales: SIU@magellanhealth.com
 - ♦ Línea Directa de Cumplimiento Corporativo: (800) 915-2108
 - ♦ Correo electrónico de Cumplimiento Corporativo: Compliance@MagellanHealth.com.
- L. Denunciar toda sospecha de casos de fraude, desperdicio o abuso a la agencia reguladora federal o estatal correspondiente, según se especifique en el contrato de Medicaid y/o en la ley aplicable.
- M. Informar abiertamente acerca de sus inquietudes relacionadas con la calidad de la atención.

Mi firma a continuación indica que he sido informado de mis derechos y responsabilidades, y que entiendo esta información.

Firma del afiliado Fecha

La firma a continuación muestra que he explicado esta declaración al paciente. Le he ofrecido al afiliado una copia de este formulario.

Firma del proveedor Fecha