

# Aviso de privacidad de Healthfirst

---

**ESTE AVISO DESCRIBE LA MANERA EN QUE SE PUEDE UTILIZAR Y COMPARTIR LA INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED Y CÓMO USTED PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR, LÉALO DETENIDAMENTE. LA FECHA DE VIGENCIA DE ESTE AVISO ES EL 1 DE JULIO DE 2016.**

En Healthfirst (formada por Healthfirst, Inc., Healthfirst PHSP, Inc., Healthfirst Health Plan, Inc. y Senior Health Partners, Inc.), respetamos la confidencialidad de la información sobre su salud y protegeremos su información de una manera responsable y profesional. La ley nos exige que mantengamos la privacidad de la información sobre su salud, que le proporcionemos este aviso y que respetemos los términos de este aviso. Este aviso explica cómo utilizamos la información sobre usted y cuándo podemos compartir dicha información con otras personas. También le informa sobre sus derechos como nuestro valioso cliente y cómo usted puede ejercer tales derechos. Healthfirst le envía este aviso porque nuestros registros indican que le ofrecemos beneficios de salud y/o dentales bajo una póliza individual o grupal.

Este aviso se refiere a Healthfirst, Inc., Healthfirst PHSP, Inc., Healthfirst Health Plan, Inc. y Senior Health Partners, Inc. Tenemos la obligación de cumplir con los términos de este aviso hasta que lo remplacemos, y nos reservamos el derecho de cambiar dichos términos en cualquier momento. En caso de efectuar cambios significativos en nuestras prácticas de Privacidad, lo revisaremos y proporcionaremos un nuevo Aviso de Privacidad a todas las personas a quienes

debamos entregarles el nuevo aviso dentro de los 60 días de haber realizado el cambio. Asimismo, publicaremos toda revisión significativa a este aviso en la página web de Healthfirst, Inc. Nos reservamos el derecho de aplicar los cambios a la información médica que conservamos sobre usted antes y después de que este nuevo aviso entre en vigencia. Cada tres años, notificaremos a nuestros miembros sobre la disponibilidad del Aviso de Privacidad y la manera de obtenerlo.

Healthfirst participa en un Acuerdo de Cuidado Médico Organizado (OHCA, por sus siglas en inglés) según la Ley Federal de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud (HIPAA, por sus siglas en inglés). El acuerdo OHCA permite que Healthfirst y sus hospitales asociados cubiertos por este aviso compartan información de salud protegida (PHI, por sus siglas en inglés) de sus pacientes o miembros del plan para promover las operaciones conjuntas de las entidades participantes. Las organizaciones participantes de este OHCA pueden utilizar y divulgar la información de salud entre ellas según sea necesario para brindar tratamiento, obtener el pago del tratamiento, evaluar la calidad de los cuidados que usted recibe, con fines administrativos y para operaciones conjuntas de cuidado médico del OHCA.

# Aviso de Privacidad de Healthfirst *(continuación)*

---

Las entidades cubiertas que participan en el OHCA se comprometen a cumplir con los términos de este aviso con respecto a la información de salud protegida (PHI) que la entidad cubierta crea o recibe como parte de su participación en el OHCA.

Las entidades cubiertas son el sistema de salud de Mount Sinai (Mount Sinai Hospital, Mount Sinai Beth Israel, Mount Sinai St. Luke's, Mount Sinai West Roosevelt), St. Barnabas Hospital, Medisys Health Network, Maimonides Medical Center, Bronx Lebanon Hospital, NYC Health & Hospitals, The Brooklyn Hospital Center, NorthWell Health, Montefiore Medical Center, Stony Brook University Medical Center, Interfaith Medical Center, St. John's Episcopal Hospital, SUNY-Downstate Medical Center/University Hospital of Brooklyn y NuHealth.

Las entidades cubiertas que componen el OHCA están ubicadas en diversas partes del área metropolitana de Nueva York. Este aviso se refiere a todas estas entidades.

Las entidades cubiertas que participan en el OHCA compartirán entre ellas la información de salud protegida siempre que sea necesario para llevar a cabo tratamientos, pagos u operaciones de cuidado médico. Las entidades cubiertas que forman parte del OHCA pueden tener diferentes políticas y procedimientos en relación con el uso y la divulgación de la información sobre la salud que se crea y se mantiene en cada una de sus instalaciones. Además, si bien todas las entidades que conforman el OHCA utilizarán este aviso para las actividades relacionadas con el OHCA, también podrían usar un aviso específico para sus propias instalaciones cuando prestan los servicios en sus organizaciones respectivas. Si tiene preguntas sobre cualquier parte de este aviso o si desea más información sobre las entidades cubiertas por el OHCA, comuníquese con la Oficina de Privacidad al 212-801-6299.

## **Cómo utilizamos o compartimos la información**

En este aviso, cuando hablamos de "información" o "información sobre la salud" hacemos referencia a la información que recibimos directa o indirectamente de usted a través de formularios de inscripción, como su nombre, dirección y otros datos demográficos; información de sus transacciones con nosotros o nuestros proveedores, como: historia clínica, tratamiento de cuidado médico, recetas, reclamaciones y visitas de cuidado médico, solicitudes de servicios de salud e información sobre apelaciones o quejas formales; o bien información financiera relacionada con su elegibilidad para programas de salud gubernamentales o relacionada con el pago de sus primas.

## **Usos y divulgaciones permitidos sin su consentimiento o autorización.**

Las siguientes son maneras en las que podemos usar o compartir información sobre usted.

## **Para fines de tratamiento por parte de proveedores de cuidado médico**

Podemos divulgar la información sobre su salud a su médico, cuando éste lo solicite, para su tratamiento; utilizar la información para ayudar a pagar sus facturas por servicios médicos que nos hayan presentado médicos y hospitales para solicitar el pago, y compartir su información con sus médicos u hospitales para ayudarles a brindarle cuidado médico. Por ejemplo, si usted está en el hospital, podemos brindarles acceso a cualquier registro médico que su médico nos haya enviado. Podemos usar o compartir su información con terceros para ayudar a administrar su cuidado médico. Por ejemplo, podríamos hablar con su médico para sugerirle el manejo de una enfermedad o un

---

programa de bienestar que pudiera ayudar a mejorar su salud.

### **Pago de cuidado médico**

Podríamos divulgar su información médica para obtener primas; obtener o proporcionar el reembolso de facturas médicas; ayudar a hospitales o médicos a determinar la elegibilidad para la cobertura; administrar reclamaciones de facturas y otras operaciones de reembolso; revisar los servicios de cuidado médico con respecto a necesidad médica, la pertinencia del cuidado o la justificación de los cargos; revisar la utilización de autorizaciones previas, certificaciones previas, revisiones actuales o retrospectivas de servicios; y notificar a las agencias de informes del consumidor de toda información de salud protegida relacionada con la cobranza de primas u otros reembolsos.

### **Operaciones de cuidado médico**

Podemos usar y divulgar su información médica para llevar a cabo actividades de evaluación de calidad y de mejora; para la suscripción u otras actividades relacionadas con la creación, renovación o remplazo de un contrato de seguro de salud; compartir su información con otras personas que nos ayuden a administrar, planificar, o desarrollar nuestras operaciones comerciales; autorizar a socios de negocios a llevar a cabo los servicios de agregación de datos; participar en la administración de casos o en la coordinación de cuidados.

No compartiremos su información con estos grupos externos salvo que ellos acepten mantenerla protegida y tenemos prohibido usar o revelar su información genética con fines de aseguramiento. En algunas situaciones, es posible que compartamos la información sobre su salud con otra entidad cubierta para actividades limitadas de funciones propias del cuidado médico y las actividades de cumplimiento relacionadas con el fraude y el abuso del cuidado médico

de la entidad que recibe la información sobre su salud.

### **Servicios de cuidado médico**

Podemos usar o compartir su información para proporcionarle información acerca de tratamientos y programas médicos alternativos o sobre productos y servicios en los que usted puede estar interesado. Por ejemplo, podríamos enviarle información sobre el asma, el control de la diabetes, o los programas de administración del cuidado médico. No vendemos su información a grupos externos que pueden desear venderle sus productos o servicios, como una compañía de venta por catálogo. Podemos compartir información sobre su salud a nuestros socios de negocios para que nos ayuden con estas actividades.

### **Intercambio de información de salud**

Podríamos utilizar o compartir información en forma electrónica a través de nuestro sistema de intercambio de información de salud con los hospitales y proveedores que participan en nuestro OHCA. Esta información puede incluir consultas e información clínica, como notificaciones de ingreso, alta y traslado hospitalarios, mediciones de la presión arterial, índices de masa corporal, resúmenes de consultas médicas y resultados de laboratorio. Podemos compartir información que incluya reclamaciones de farmacia que se hayan procesado, encuentros con médicos y diferencias en la calidad del cuidado. No compartiremos información con ningún consultorio médico, hospital, clínica, laboratorio u otra entidad que no forme parte del OHCA.

### **Como lo exige la ley**

Las leyes estatales y federales pueden exigirnos que divulguemos su información de salud a otros. Es posible que se nos exija reportar información a agencias estatales y federales que nos regulan, como el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, los Centros para

# Aviso de Privacidad de Healthfirst *(continuación)*

---

los Servicios de Medicare y Medicaid, los Departamentos de Salud del Estado y la Ciudad de Nueva York, los Distritos Locales de Servicio Social y el Procurador General del Estado de Nueva York.

También podríamos utilizar y revelar información sobre su salud de la siguiente manera:

- A una persona que tenga el derecho legal para actuar en su nombre (como su representante legal, apoderado para el cuidado médico o tutor legal) con el fin de administrar sus derechos en la forma descrita en este aviso;
- Para reportar información a agencias de salud pública si creemos que existe una amenaza grave para la salud o seguridad;
- Para dar información a un tribunal o una agencia administrativa (por ejemplo, en conformidad con una orden de un tribunal, una citación o una orden de protección de menores);
- Para reportar información a una autoridad gubernamental respecto a abuso de menores, abandono o violencia doméstica, o reportar información para que se cumpla la ley;
- Para compartir información para actividades de salud pública;
- Podemos compartir información relacionada con funciones gubernamentales especializadas, como actividades militares y de veteranos, actividades de seguridad nacional e inteligencia, y los servicios de protección para el Presidente, entre otros.
- Para fines de investigación, en circunstancias limitadas;
- A un juez de instrucción, médico legista o director de una funeraria acerca de una persona fallecida;
- A una organización de obtención de

órganos en circunstancias limitadas; y

- Para prevenir una amenaza grave para su salud o seguridad, o para la salud o seguridad de otros.

## **Usos y divulgaciones permitidos con su consentimiento o autorización**

Si alguno de los motivos descritos previamente no se aplica a la forma en que usamos o revelamos su información de salud, debemos obtener su permiso por escrito para usar o revelar información sobre su salud. Por ejemplo, la mayoría de usos y revelaciones de notas de psicoterapia (si Healthfirst las conserva), usos y revelaciones de información protegida sobre salud con propósitos de mercadeo, y revelaciones que constituyen una venta de información protegida sobre salud, exigen que obtengamos su autorización por escrito antes de revelar dicha información. Si usted nos otorga un permiso por escrito para revelar su información personal de salud y cambia de parecer, puede revocar su permiso por escrito en cualquier momento. Su revocación entrará en vigencia para toda la información médica que conservamos sobre usted, a menos que hayamos tomado medidas apoyados en su autorización.

## **Sus derechos**

Los siguientes son sus derechos con respecto a su información de salud que tenemos. Puede presentarnos una solicitud por escrito para que procedamos a llevar a cabo una o varias de las siguientes acciones con relación a la información sobre su salud:

- Tiene derecho a solicitarnos que le enviemos por correo una copia de este aviso si lo recibió por otros medios distintos al correo de los Estados Unidos. También puede ver una copia del aviso en nuestro sitio Web [www.healthfirst.org](http://www.healthfirst.org).
- Tiene derecho a solicitar copias de la información sobre su salud. En limitadas ocasiones, no estamos obligados

---

a aceptar su solicitud (por ejemplo, información perteneciente a notas de psicoterapia; información recopilada ante la expectativa razonable de, o para ser utilizada en, una acción o proceso judicial civil, penal o administrativo; e información sujeta a ciertas leyes federales que rigen productos biológicos y laboratorios clínicos).

En ciertas otras situaciones, podemos denegarle su solicitud de inspeccionar u obtener una copia de la información. Si denegamos su solicitud, le notificaremos por escrito y podríamos darle el derecho a hacer que la denegación sea revisada. – Usted tiene derecho a solicitarnos que restrinjamos la manera en que utilizamos o compartamos su información para tratamientos, pagos o funciones propias del cuidado médico. También tiene derecho a solicitarnos que restrinjamos la información que se nos solicita que proporcionemos a familiares u otras personas involucradas en su cuidado médico o en el pago de su cuidado médico. Aunque es posible que respetemos su solicitud, no estamos obligados a aceptar estas restricciones.

- Usted tiene derecho a darnos instrucciones especiales respecto a la manera en que le enviamos información sobre el plan que contenga información de salud protegida. Por ejemplo, puede solicitarnos que le enviemos la información a través de un medio específico (como el correo de los Estados Unidos o por fax) o a una dirección específica si considera que podría resultar perjudicado si le enviáramos la información por otro medio (por ejemplo, en situaciones que impliquen violencia o altercados domésticos). Accederemos a sus solicitudes razonables de acuerdo con lo que se explica anteriormente. Aunque

nos solicitara que nos comuniquemos con usted a través de medios alternativos, podríamos brindarle al titular del contrato información sobre los costos.

- Usted tiene derecho a inspeccionar y obtener una copia de la información que conservamos sobre usted en “su expediente designado”. Un expediente designado es el conjunto de registros que utilizamos para tomar decisiones sobre usted, que incluye registros de inscripción, pagos, adjudicación de reclamaciones y administración de casos.
- Usted tiene derecho a solicitarnos que hagamos cambios a la información que conservamos sobre usted en su expediente designado. Estos cambios se denominan enmiendas. Su solicitud por escrito debe incluir un motivo para hacerla. Le notificaremos por escrito sobre cada solicitud de realizar enmiendas que deneguemos junto con una explicación acerca de la denegación. Usted tiene derecho a presentar una declaración de desacuerdo por escrito.
- Usted tiene derecho a recibir una explicación de ciertas revelaciones de su información que hayamos hecho durante los seis (6) años anteriores a su solicitud. No estamos obligados a proporcionarle un registro de las siguientes revelaciones:
  - Revelaciones anteriores al 14 de abril de 2003;
  - Revelaciones para fines de tratamientos, pagos y funciones propias del cuidado médico;
  - Revelaciones hechas a usted, su representante personal o conforme con su autorización;
  - Revelaciones adecuadas a un propósito o una revelación de

# Aviso de Privacidad de Healthfirst *(continuación)*

---

información que por lo demás sea permitida;

- Revelaciones a personas involucradas en su cuidado o a otros efectos de notificación.
  - Revelaciones para fines de seguridad o inteligencia nacionales;
  - Revelaciones a instituciones correccionales, funcionarios encargados del cumplimiento de la ley o agencias de supervisión de la salud; o
  - Revelaciones realizadas como parte de un conjunto limitado de datos para fines de investigación, salud pública o funciones propias del cuidado médico.
- Usted será notificado por Healthfirst cuando ocurra una violación de información de salud protegida que no estaba asegurada.

## Como ejercer sus derechos

Si usted desea ejercer los derechos que se describen en este aviso, por favor, comuníquese con nuestra Oficina de Privacidad (a continuación), de lunes a viernes, de 9:00 a.m. a 5:00 p.m., por teléfono, correo electrónico o por escrito. Le proporcionaremos la información y los formularios necesarios para que complete y devuelva a nuestra Oficina de Privacidad. En algunos casos, es posible que le cobremos una tarifa basada en el costo para efectuar su solicitud. Si tiene preguntas acerca de este aviso o sobre cómo utilizamos o compartimos la información, por favor, comuníquese con la Oficina de Privacidad de Healthfirst.

## Quejas

Si considera que se han violado sus derechos de privacidad, tiene derecho a presentar una queja ante nosotros o la Secretaría del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. Para presentar una queja ante nosotros, puede llamar o escribir a la Oficina de Privacidad (a continuación). No tomaremos ninguna medida en contra de usted por presentar una queja ante nosotros o ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos.

### **Healthfirst Privacy Office**

**P.O. Box 5183**

**New York, NY 10274-5183**

**Teléfono: 1-212-801-6299**

**Correo electrónico:**

**HIPAAPrivacy@healthfirst.org**

### **Office for Civil Rights**

**U.S. Department of Health**

**and Human Services**

**Jacob Javits Federal Building,  
Suite 3312**

**New York, NY 10278**

**O.C.R. líneas de ayuda, voz:**

**1-800-368-1019**

**TDD: 1-800-537-7697**

**Correo electrónico: ocrmail@hhs.gov**

**Website: [www.hhs.gov/ocr/](http://www.hhs.gov/ocr/)**

---

## **Aviso de privacidad del Estado de Nueva York**

### **¿Qué es este aviso?**

En Healthfirst, Inc. (por ejemplo, Healthfirst PHSP, Inc., Healthfirst Health Plan, Inc., Senior Health Partners, Inc. y Healthfirst Insurance Company, Inc.), apreciamos la confianza que nuestros miembros depositan en nosotros y reconocemos lo importante y delicado que es proteger la confidencialidad de la información personal no pública que recopilamos sobre ellos. Recopilamos información personal no pública sobre nuestros miembros para administrar de manera eficaz nuestros planes de salud y ofrecer beneficios de cuidado médico a los miembros de nuestros planes de salud. La protección de esta información es nuestra mayor prioridad y nos complace compartir con usted nuestra Política de privacidad.

### **¿Qué significa “Información personal no pública”?**

La información personal no pública (Non-public personal information, NPI por sus siglas en inglés) consiste en información que identifica a un individuo inscrito en un plan de salud de Healthfirst (por ejemplo, el plan Child Health Plus, el Plan Medicare de Healthfirst y Healthfirst Insurance Company, Inc.) y se relaciona con la inscripción de un individuo en el plan; la participación de un individuo en el plan; la condición física o mental/ conductual de un individuo; la provisión de cuidado médico a dicho individuo; o el pago por el cuidado médico proporcionado a dicho individuo. La NPI no incluye información pública disponible ni información que se registre o esté disponible de manera conjunta, sin ningún identificador personal.

### **¿Qué tipos de NPI recopila Healthfirst?**

Al igual que todos los otros planes de cuidado médico, recopilamos los siguientes tipos de NPI sobre nuestros miembros y sus dependientes, durante el curso normal de las actividades para proporcionarle a usted servicios de cuidado médico:

- Información que recibimos directa o indirectamente de usted o de las agencias gubernamentales de la ciudad o del estado a través de las solicitudes de inscripción y elegibilidad, y en otras formas tales como las siguientes: nombre, dirección, fecha de nacimiento, número de seguro social, estado civil, información sobre los dependientes, activos y declaraciones de impuestos.
- Información sobre las transacciones que realiza con nosotros, nuestros proveedores de cuidado médico afiliados u otros, y que incluye, de manera no taxativa, información sobre apelaciones y reclamos formales, quejas por beneficios, registros de historias clínicas con pago de primas e información sobre coordinación de los beneficios. También incluye información sobre su plan de beneficios médicos, sus beneficios de salud y evaluaciones de riesgos de salud.
- Información sobre su actividad en nuestro sitio web.

### **¿Qué NPI utiliza o divulga Healthfirst a terceros y por qué?**

No compartimos NPI con ninguna persona sin su autorización por escrito, excepto según lo permitido por la ley. Si lo hiciéramos en el futuro, le notificaremos ese cambio en la política y le informaremos su derecho a darnos instrucciones para que no se comparta su información. Puede decirnos, en cualquier momento, que no compartamos su información personal con las compañías afiliadas que brindan productos o servicios que no son los nuestros. Si desea hacer uso de su opción de exclusión voluntaria o revocar una solicitud de exclusión voluntaria previa, deberá proporcionar la siguiente información para poder procesar su solicitud: nombre, fecha de nacimiento y número de identificación de miembro

Puede utilizar cualquiera de los siguientes métodos para solicitar o revocar su exclusión voluntaria:

# Aviso de Privacidad de Healthfirst *(continuación)*

---

- Llámenos al 1-212-801-6299
- Envíenos un correo electrónico a HIPAAPrivacy@healthfirst.org
- Envíenos por correo su solicitud de exclusión voluntaria por escrito a:

**Healthfirst Privacy Office**  
**P.O. Box 5183**  
**New York, NY 10274-5183**

## **¿De qué manera trata Healthfirst la NPI relacionada con la información personal sobre su salud?**

Healthfirst no compartirá con terceros ningún tipo de información no pública sobre su salud sin su autorización por escrito, salvo que la ley lo permita de otro modo. La información no pública sobre la salud es información identificable individualmente que mantenemos en relación con el suministro de su cuidado médico o el pago de esta, incluida su historia clínica y la información sobre el pago de reclamaciones.

De acuerdo con la ley, Healthfirst tiene permitido compartir información no pública sobre la salud a fin de administrar sus beneficios de cuidado médico, por ejemplo, autorización de solicitudes de servicios de cuidado médico, pago de reclamaciones de servicios, garantía de mejoramiento y prácticas de control de calidad, resolución de inquietudes relacionadas con apelaciones o quejas formales y cualquier divulgación exigida por las agencias gubernamentales correspondientes.

Si en algún momento en el futuro, Healthfirst intentara compartir con terceros la información no pública sobre su salud de alguna manera no permitida por la ley, le enviaremos un formulario de consentimiento especial para que lo llene y firme antes de compartir su información.

## **¿Cuáles son las Políticas de confidencialidad y seguridad de la NPI de Healthfirst?**

Restringimos el acceso a la NPI sobre usted a aquellos empleados de Healthfirst que necesiten conocer dicha información a fin de brindarle servicios. Mantenemos medidas de seguridad físicas, electrónicas y de procedimientos que cumplen con las normas federales y estatales para proteger su NPI. Los empleados que violen nuestras políticas de confidencialidad o seguridad están sujetos a sanciones disciplinarias, que pueden incluir el despido.

## **Ley de Salud de la Mujer y de Derechos del Cáncer de 1998**

De conformidad con la Ley de Salud de la Mujer y de Derechos del Cáncer de 1998, su plan de Healthfirst cubre los siguientes procedimientos para una persona que recibe beneficios por una mastectomía:

- Reconstrucción del seno en el que se ha realizado la mastectomía;
- Cirugía y reconstrucción del otro seno para producir una apariencia simétrica o equilibrada;
- Las prótesis (reemplazo artificial) y el tratamiento para las complicaciones físicas de todas las etapas de la mastectomía, incluidos los linfedemas.
- Tratamiento de complicaciones físicas de todas las etapas de la mastectomía, incluidos los linfedemas.

Esta cobertura estará sujeta a las mismas disposiciones de deducibles y coseguro anuales que se aplican a la mastectomía. Para obtener respuestas a preguntas acerca de la cobertura de este plan para la cirugía de mastectomía y reconstrucción, llame a Servicios a los Miembros al número que aparece en su tarjeta de identificación de miembro.



---

## Sus derechos y responsabilidades como miembro

### Sus derechos

Como miembro de Healthfirst, usted tiene derecho a:

- Ser atendido con respeto, independientemente de su estado de salud, sexo, raza, color, religión, nacionalidad, edad, estado civil u orientación sexual.
- Que se le informe dónde, cuándo, y cómo obtener los servicios que necesita de Healthfirst.
- Que su PCP y otros proveedores de cuidado médico le informen lo que está mal, qué se puede hacer por usted y cuál sería el resultado, en un idioma que usted entienda.
- Obtener una segunda opinión sobre su cuidado.
- Dar su consentimiento para cualquier tratamiento o plan para su cuidado después de que le han explicado completamente el plan.
- Rechazar la atención y que le digan a qué se arriesga si lo hace.
- Obtener una copia de su historia clínica y hablar de esto con su PCP o proveedor de cuidado médico y pedir, si fuere necesario, que su historia clínica sea enmendada o corregida.
- Asegurarse de que su historia clínica sea privada y no se comparta con nadie excepto cuando la ley o un contrato lo exijan, o con su aprobación.
- Utilizar el sistema de quejas de Healthfirst, o el Departamento de Salud del Estado

de Nueva York en cualquier momento que considere que no recibió un trato justo.

- Designar a alguien (familiar, amigo, abogado, etc.) para que hable por usted si usted no puede hablar por usted mismo acerca de su cuidado y tratamiento.
- Recibir atención considerada y respetuosa en un ambiente limpio y seguro sin restricciones innecesarias.

### Sus responsabilidades

Como miembro de Healthfirst, usted se compromete a:

- Trabajar con su PCP para conservar y mejorar su salud
- Averiguar cómo funciona el sistema de salud.
- Escuchar los consejos de su PCP y hacer preguntas cuando tenga dudas.
- Llamar o regresar a su PCP si no se mejora o pedir una segunda opinión.
- Tratar al personal de cuidado médico con el respeto que espera para sí mismo.
- Informarnos si tiene problemas con algún miembro del personal de cuidado médico. Llame a Servicios a los Miembros.
- Mantener sus citas. Si tiene que cancelar una cita, llame tan pronto como sea posible.
- Usar la sala de emergencias sólo para emergencias reales.
- Llamar a su PCP cuando necesite cuidado médico, aunque sea fuera del horario de atención.

De conformidad con las normas federales implementadas por la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio, las pólizas de seguro médico individuales tienen que suscribirse en base a un año calendario a partir del 2015. Esto significa que para la cobertura del 2018, si la fecha de entrada en vigor de su cobertura es posterior al 1 de enero, la duración inicial de la cobertura de su póliza será menos de un año completo y finalizará el 31 de diciembre de 2018. Tenga en cuenta que todos los beneficios y costos compartidos de su póliza, incluido el deducible anual completo, se aplican al año parcial de cobertura. Por favor, consulte la Tabla de Beneficios en su Contrato de Suscripción para conocer la cantidad en dólares de su deducible.

ESTA PÁGINA SE DEJÓ INTENCIONALMENTE EN BLANCO.

ESTA PÁGINA SE DEJÓ INTENCIONALMENTE EN BLANCO.



100 Church Street, New York, NY 10007  
[www.healthfirst.org](http://www.healthfirst.org)