

■ Proteja sus derechos

Tiene derecho a reclamar o apelar

- Cuando un plan de seguro no pague por un tratamiento o servicio, puede solicitar al plan que cambie (apelar) su decisión.
- El plan debe detallar cómo apelar cuando le informan que este no pagará ni cubrirá un servicio.
- Cuando usted apela, el plan debe informarle su decisión en los siguientes plazos:
 - 72 horas en caso de negaciones de atención urgente.
 - 30 días en caso de negaciones de atención urgente, que usted no recibió aun.
 - 60 días en caso de negaciones de servicios que ya recibió.
 - Si el plan aun le niega su beneficio, este debe indicar el motivo e informarle cómo solicitar una revisión de terceros (revisión externa).
- Si no habla inglés, puede obtener información sobre la apelación en su lengua materna.
- Lo ayudaremos a presentar un reclamo y le brindaremos asistencia en el proceso de apelación, incluso la revisión de un tercero independiente.

sugerencias

- Lleve un registro de todas las cartas que envía a o recibe de su plan de salud.
- Lleve un registro de todas las llamadas telefónicas que realice o reciba sobre las negaciones.
- Conserve una copia de la carta de negación (no asuma que su plan de salud la tendrá en sus archivos).

Cómo reclamar o apelar

1. Comuníquese con Servicios a los miembros; el número gratuito se encuentra en su tarjeta del plan de salud.

- Solicite un formulario de reclamo o queja, o en algunos casos puede presentar un reclamo por teléfono

- Solicite a su plan que le envíe una copia de la carta de negación.
- Controle los beneficios de su plan para asegurarse de que el servicio que se le negó está cubierto por su plan. Si no posee esta lista de beneficios, solicite una a Servicios a los miembros.

2. Obtenga información

- Hable con su médico. Solicítele una carta que indique por qué necesita el servicio o tratamiento y por qué se le proporcionó ese servicio o tratamiento.
- Solicite una copia de todas las cartas que el médico envió al plan de salud con respecto a su caso.

3. Redacte su reclamo o apelación

La carta debe incluir lo siguiente:

- Los números de identificación del plan (número de póliza, número de grupo, número de reclamo).
- El motivo de la negación que indicaron en la carta de negación.
- Un breve historial de la enfermedad y del tratamiento necesario.
- Razón por la cual usted considera que la decisión es incorrecta.
- Qué solicita usted que realice el plan de salud administrado.

4. Qué pasos seguir

- Se le informará por escrito la decisión del plan de salud, el motivo por el cual tomaron esa decisión y qué pasos debe seguir.
- Si se negó su reclamo o apelación, necesita una copia de la segunda carta de negación. Esta carta le informará cómo apelar en el siguiente nivel. Es posible que deba enviar información nueva junto con esta segunda apelación que trate el motivo actual de la negación.

5. Apelaciones externas o de terceros

Si ha agotado todos los niveles de apelaciones internas en su plan de salud, es posible que pueda presentar una apelación externa con el Departamento de Seguros de Connecticut o como lo disponga su plan de salud.

- Debe presentar una apelación externa dentro de los 120 días de recibir la notificación por escrito del plan de salud que indica que ha agotado todas las apelaciones internas.

■ Usted tiene voz. Ahora será escuchado.

Para obtener ayuda, llame hoy a la Oficina del Defensor del Cuidado de la Salud (OHA):
1-866-466-4446:

- Los horarios de atención de la OHA son de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., hora del Este.
- Deje un mensaje si llama fuera de horario y se devolverá su llamada a la brevedad.
- Visite ct.gov/OHA para obtener información y respuestas a sus preguntas.
- Se encuentran disponibles servicios de interpretación.

La Oficina del Defensor del Cuidado de la Salud:

Protege sus derechos.

Conserva el respeto y la dignidad que usted se merece.

Resuelve sus asuntos relacionados con el cuidado de la salud.



Office of the
Healthcare
Advocate
STATE OF CONNECTICUT

Llame hoy a la Oficina del Defensor del Cuidado de la Salud: 1.866.466.4446
Visite ct.gov/oha Es un servicio gratuito del estado de Connecticut.



Office of the
Healthcare
Advocate
STATE OF CONNECTICUT

El Sistema de cuidado de la salud puede ser confuso
Las respuestas comienzan aquí



Se encuentra disponible ayuda para resolver asuntos relacionados con el seguro y cuidado de la salud. Descubra cómo ahorrar tiempo y dinero, y evitar frustración. La OHA es un servicio gratuito del estado de Connecticut.



■ ¿Alguna vez...

- Pasó horas al teléfono con su compañía de seguros de salud intentando resolver un problema?
- Se le negaron servicios o tratamientos que usted pensaba que estaban cubiertos?
- Se sintió abrumado por las facturas médicas?
- Perdió su trabajo y quiso comprender sus opciones de cuidado de la salud?
- Tuvo problemas para encontrar un proveedor que admita su seguro?

La OHA lo ayuda a encontrar las respuestas cuando más las necesita.

nuestra misión

La OHA es una agencia estatal independiente que proporciona servicios de defensoría para los consumidores de servicios de cuidado de la salud de Connecticut. La OHA no reemplaza su seguro. Hacemos que las compañías de seguros se responsabilicen ante usted, el consumidor, y lo ayudamos a resolver con éxito sus problemas relacionados con el cuidado de la salud.

Para obtener ayuda, llame a la Oficina del Defensor del Cuidado de la Salud al 1.866.466.4446 o visite ct.gov/oha.

■ Aproveche al máximo su plan de cuidado de la salud

Conozca sus derechos

Según la ley de Connecticut, usted tiene derechos. La cobertura debe incluir lo siguiente:

- Tratamiento de emergencia
- Exámenes preventivos
- Cobertura en salud mental
- Y más

De acuerdo con la ley federal, también puede tener derechos según la ley HIPAA, la Ley de Paridad de la Salud Mental y Equidad de las Adicciones, la ley COBRA y la Ley de Cuidado de la Salud Asequible.

Lo ayudamos a entender todos los aspectos de su seguro, como cobertura, derivaciones y explicaciones de los beneficios ("EOB").

sugerencias

- Si prefiere algún médico, hospital o grupo de médicos, debe consultarles si participan en algún plan al cual usted piensa adherirse.
- Si tiene una enfermedad crónica o toma algún medicamento específico, consulte de qué manera puede usar el plan para recibir el cuidado que necesita.

Conozca sus opciones

Elegir el plan de salud correcto para usted y su familia es una decisión importante.

Antes de comprar un seguro de salud o elegir un plan, usted debe saber lo siguiente:

- Qué cubre la póliza de seguros.
- Cuál es el rango de cobertura y cuánto debe pagar de su bolsillo.
- Si tendrá acceso a sus médicos actuales.
- Si es suficiente el acceso a otros proveedores que pueda necesitar.

Lo ayudamos a entender cuáles son sus opciones: Seguro laboral por medio de usted o su cónyuge, planes de salud individuales, planes de salud públicos o del gobierno.

Lo ayudamos a comparar los planes de salud y los servicios, las redes de proveedores (médicos, especialistas, hospitales, farmacias con los que trabaja el plan) y los costos que estos implican.

■ Aproveche al máximo su inversión en el cuidado de la salud

Ahorrá tiempo

Conocemos la industria del cuidado de la salud, incluso las leyes y normas estatales y federales. Contamos con el profesionalismo y la experiencia para ayudarlo a resolver su problema.

Haremos lo siguiente:

- **Lo escucharemos.**
- **Investigaremos** el problema.
- **Determinaremos** cuál es la mejor forma de actuar.
- Le ofreceremos **orientación** y asistencia directas durante el proceso hasta que se resuelva.

Puede ahorrar dinero

Tiene derecho a beneficios y otros servicios que quizás no conoce o piensa que no le corresponden.

Contamos con la siguiente información:

- Qué le corresponde según su plan.
- Cómo identificar errores en el procesamiento de facturación y reclamos.
- Maneras acertadas de apelar una negación del reclamo, basadas en una necesidad médica u otras razones.
- Maneras de resolver un problema antes de que se convierta en un problema costoso.
- Cómo recuperar los gastos que usted puede haber pagado pero que no debía.



¿Sabía que...?

- Hasta la fecha, la OHA ha recuperado \$47,5 millones para consumidores del cuidado de la salud de Connecticut.
- La OHA tiene un índice de éxito del 85 % en la anulación de negaciones en la cobertura de seguros de salud por parte de las aseguradoras.

■ Nuestros servicios son gratuitos

Llámenos ante cualquier problema o pregunta relacionados con su plan de seguro de salud o su médico o proveedor de salud. Independientemente del tipo de seguro que usted tenga, puede usar nuestros servicios.

■ Estamos de su lado

No abandonamos ninguna causa hasta que no hayamos explorado todas las soluciones posibles.



Office of the
Healthcare
Advocate
STATE OF CONNECTICUT