proteja sus derechos

Usted tiene derecho a reclamar y a apelar

- Cuando un plan de seguro se niega a pagar un tratamiento o un servicio, usted puede apelar (pedir que el plan cambie la resolución). Su plan debe explicarle cómo apelar en casos en que el plan se niegue a pagar o cubrir un servicio.
- Cuando usted apele, su plan debe informarle la resolución en estos plazos:
  - 72 horas para denegación de atención urgente.
  - 30 días para denegación de atención que no sea urgente y que usted todavía no haya recibido.
  - 60 días para denegación de servicios que usted ya haya recibido.
  - Si el plan mantiene su negativa a otorgarle el beneficio, debe explicarle las razones e informarle cómo solicitar una revisión fuera del plan (revisión externa).
- Si usted no habla inglés, puede obtener información en su idioma sobre las apelaciones.

Cómo reclamar o apelar

1. **Llame a Servicios a Miembros. Encontrará el número gratuito en su tarjeta del plan de salud.**
   - Solicite un formulario de reclamación o queja. En algunos casos, puede presentar su reclamación por teléfonoe.
   - Solicite a su plan que le envíe una copia de la carta de denegación.
   - Verifique cuáles son los beneficios de su plan para saber si le denegaron un servicio que está cubierto. Si no tiene la lista de beneficios, solicite a Servicios a Miembros que se la envíen.

consejos

- Mantenga un registro de todas las cartas que envía a su plan de salud o que recibe de ellos.
- Mantenga un registro de todas las llamadas telefónicas que usted realiza o recibe en relación con la denegaciónal.
- Guarde una copia de la carta de enegación (no se confie en que habrá una copia en el archivo del plan de salud).

2. **Busque información**
   - Hable con su médico. Pídale una carta donde conste que usted necesita el servicio o el tratamiento, o las razones por las que se le indicó el servicio o el tratamiento.
   - Solicite copia de las cartas que el médico haya enviado al plan de salud por su caso.
3. **Redacte su reclamación o apelación**

   Su carta debe incluir lo siguiente:
   - Números de identificación de su plan (número de póliza, número de grupo, número de reclamación).
   - Razones para la denegación, que figuran en la carta de denegación.
   - Una breve historia de su afección y descripción del tratamiento necesario.
   - Motivos por lo que usted piensa que la resolución es incorrecta.
   - Qué solución solicita al plan de asistencia médica gestionada.
4. **Qué hacer a continuación**
   - Se le informará por escrito la resolución del plan de salud, los motivos por los que la tomaron y qué se deberá hacer a continuación.
   - Si su reclamación o apelación fue denegada, usted necesitará una copia de la segunda carta de denegación. En esta carta se le informará cómo elevar una apelación al nivel superior. Es posible que tenga que enviar información adicional con esta segunda apelación en la que constan las razones actuales para la denegación.
5. **Apelaciones externas o fuera del plan, elevadas al CT Department of Insurance (Departamento de Seguros de Connecticut)**
   - Su usted ha pasado por todos los niveles de apelaciones internas en su plan de salud, puede presentar una apelación fuera del plan, al Departamento de Seguros de Connecticut.
   - Debe presentar la apelación externa dentro de los 120 días de recibir de su plan de salud la notificación escrita de que usted ya ha agotado las apelaciones internas. Si su situación es urgent, usted tiene derecho a una apelación externa rápida.

elija un plan

- La elección de un plan de salud adecuado para usted y su familia es una decisión importante.
- Conozca sus opciones:
  - Seguros proporcionados por su empleador o el de su cónyuge.
  - Planes de salud individuales (no proporcionados por el empleador.
  - Planes de salud públicos o del gobierno.
  - Planes de asociation.
- Compare los planes de salud
- Hay muchas cosas para tener en cuenta antes de elegir un plan:
  - Compare servicios.
  - Compare redes de prestadores (médicos, especialistas, hospitales o farmacias con los que trabaje el plan).
  - Compare costos.
  - Compare calidad.

consejos

- Si usted prefiere algún médico, hospital o grupo de médicos, debe preguntarles si pertenecen a alguno de los planes que usted esté considerando para afiliarse.
- Si tiene una enfermedad crónica o toma determinados medicamentos, averigüe cómo podrá utilizar ese plan para recibir la atención que necesita.

Para mayor información, ingrese a ct.gov/oha –Resources– o a healthcare.gov
Para solicitar ayuda, llame a la Office of the Healthcare Advocate (Oficina del Defensor de la Atención de Salud), al teléfono 1.866.HMO.4446

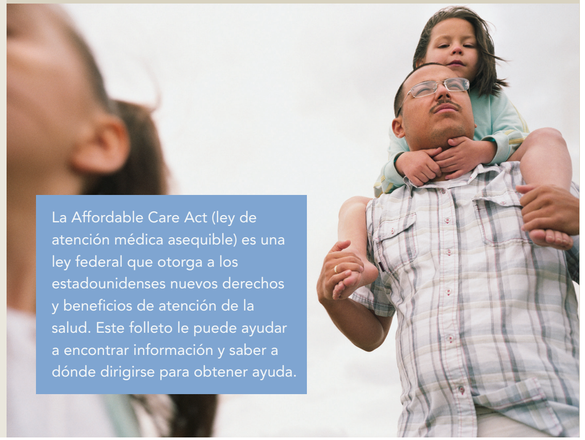
OHA
Office of the Healthcare Advocate
STATE OF CONNECTICUT

Obtenga ayuda. Llame al 1.866.HMO.4446

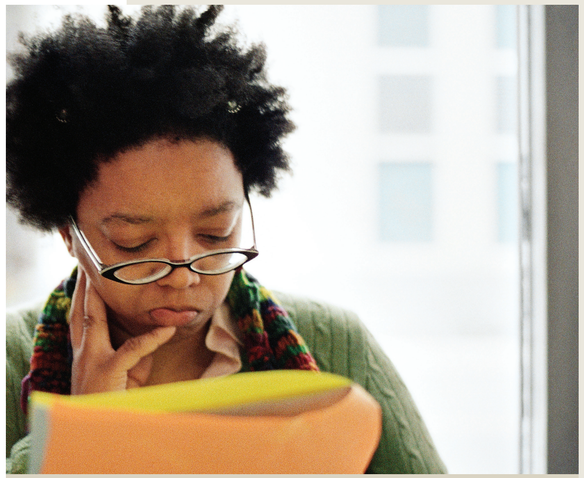
Servicio gratuito del estado de Connecticut www.ct.gov/oha

OHA
Office of the Healthcare Advocate
STATE OF CONNECTICUT

CONOZCA SUS DERECHOS PROTEJA SUS DERECHOS ELIJA UN PLAN



La Affordable Care Act (ley de atención médica asequible) es una ley federal que otorga a los estadounidenses nuevos derechos y beneficios de atención de la salud. Este folleto le puede ayudar a encontrar información y saber a dónde dirigirse para obtener ayuda.



conozca sus derechos

Los hijos jóvenes pueden afiliarse o seguir en el plan de sus padres hasta los 26 años

- La mayoría de los planes permiten que el plan de salud de los padres cubra a sus hijos adultos hasta los 26 años.
- Los hijos adultos menores de 26 años puede afiliarse o seguir con el plan que usted tiene, aunque no vivan con usted o vayan a la escuela o estén casados, y aunque no dependan económicamente de usted.

consejos

- Hasta 2014, algunos planes proporcionados por los empleadores no tienen obligación de cubrir a los hijos adultos si esos hijos tienen otro tipo de cobertura proporcionada por sus propios empleadores.
- Su plan debe darle un plazo de 30 días a partir del comienzo de su próximo "año de plan" o "año de póliza" para inscribir a su hijo adulto en el plan.

Para mayor información, ingrese a ct.gov/oha –Resources– o a healthcare.gov
Para solicitar ayuda, llame a la Oficina del Defensor de la Atención de Salud, al teléfono 1.866.HMO.4446

Los hijos menores de 19 años están protegidos

- Los planes de salud no pueden limitar ni denegar beneficios a un hijo menor de 19 años por haber tenido un problema de salud antes de que solicitara el plan. Esto se denomina "enfermedad preexistente".
- La enfermedad preexistente puede ser un problema físico, un problema de salud mental, una discapacidad o algún otro trastorno.
- Esta norma rige desde el momento en que comienza el nuevo "año de plan" o "año de póliza" de su plan, a partir del 23 de septiembre de 2010 inclusive.

consejos

- Es posible que esta norma no rija para algunos planes si los adquirió para usted o su familia el 23 de marzo de 2010 o con anterioridad a esa fecha. Pregunte a su plan si está exento de las disposiciones de esta parte de la ley de atención médica asequible, es decir, si es un plan "con derechos adquiridos" o "grandfathered".
- A partir del 1 de enero de 2014 inclusive, a ningún adulto que tenga enfermedades preexistentes se le podrá limitar o denegar beneficios de los planes de salud por esa razón.

Usted elige al médico

- Usted tiene derecho a elegir un médico o un pediatra de atención primaria de la red de prestadores de su plan de salud. La red de prestadores del plan de salud comprende a todos los médicos, especialistas y hospitales que trabajan con su plan.
- Usted no necesita una derivación para que la atienda un especialista en ginecología y obstetricia de la red de su plan de salud.
- Si usted tiene una emergencia y recurre a una sala de emergencias, su plan debe pagar este servicio aunque el hospital no pertenezca a la red del plan. (Tenga en cuenta que si usted utiliza servicios que no son de la red del plan, es posible que deba pagar parte de esos servicios).

Usted puede tener otros derechos según las leyes de Connecticut si tiene un plan particular o de grupo con seguro total. Pregúntele a su empleador si usted tiene un plan de seguro total o llame a OHA para recibir asistencia.

consejos

- Es posible que esta norma no rija para algunos planes si los adquirió para usted o su familia el 23 de marzo de 2010 o con anterioridad a esa fecha. Pregunte a su plan si está exento de las disposiciones de esta parte de la ley de atención médica asequible, es decir, si es un plan "con derechos adquiridos".
- Si su plan no es un plan "con derechos adquiridos", los nuevos derechos entran en vigencia cuando se inicia un nuevo año de plan o año de póliza, a partir del 23 de septiembre de 2010 inclusive.

Busque servicios que lo ayuden a mantener su salud

- Si la póliza de su plan de salud se emitió después del 23 de marzo de 2010, su plan debe cubrir algunos servicios que pueden ayudarlo a mantener su salud (servicios preventivos), sin cobrarle copagos, coseguros ni deducibles.
- Algunos de los servicios incluyen lo siguiente:
  - Control de presión arterial, análisis de diabetes y colesterol.
  - Muchos exámenes de detección de cáncer, incluyendo mamografías y colonoscopías.
  - Asesoramiento en temas como dejar de fumar, bajar de peso, comer de manera saludable, tratar la depresión y reducir el consumo de alcohol.
  - Vacunas de rutina contra enfermedades como sarampión, poliomielitis o meningitis.
  - Vacunas contra la gripe y la neumonía.
  - Consultas, exámenes y vacunas para un embarazo saludable.
  - Consultas periódicas de bebé sano y niño sano, desde el nacimiento hasta los 21 años.

consejos

- Si el plan de salud individual o el proporcionado por su empleador existía o se adquirió el 23 de marzo de 2010 o en fecha anterior, estos servicios preventivos y para su bienestar pueden no estar cubiertos sin costos adicionales.

consejos

- Si el servicio "preventivo" no es el motivo principal de su consulta, el plan puede requerirle que pague algunos costos de esa visita al consultorio.

Obtenga algunos beneficios de salud sin límites en dólares

- Los planes de salud no podrán poner un límite en dólares a lo que puedan gastar por los beneficios "esenciales" cubiertos durante todo el período en que usted sea miembro del plan. Esto se denomina límite de por vida en dólares.

consejos

- Los beneficios esenciales para la salud incluyen los siguientes: ambulatorios, servicios a pacientes; servicios de emergencia; hospitalización; cuidados de la madre y del recién nacido; servicios de salud mental y para trastornos por drogadicción, incluyendo la atención de la salud conductual; servicios y aparatos de rehabilitación; servicios de laboratorio; servicios preventivos y para el bienestar; manejo de enfermedades crónicas y servicios de pediatría, incluyendo la atención de la boca y la visión.

OHA
Office of the Healthcare Advocate
STATE OF CONNECTICUT