

Apelación de la Decisión de su Seguro de no Pagar

Si su seguro médico termina su cobertura o se niega a pagar una reclamación, usted tiene el derecho de apelar la decisión y que sea revisada por una entidad independiente. También hay un proceso de "excepciones" para la cobertura de las recetas médicas. Para obtener más información sobre el proceso de "excepciones", lea "Conozca sus derechos" en <https://marketplace.cms.gov/outreach-and-education/know-your-rights-spanish.pdf>. Las instrucciones para apelar están listadas en la carta de denegación del reclamo, que le envió la compañía de seguro.

Apelación interna

Si usted solicita una apelación interna, debe hacerlo en los 180 días (6 meses) siguientes al recibo de la carta de denegación del reclamo o su cobertura fue cancelada. Para solicitar una apelación interna usted debe:

1. Solicite una apelación interna

- Llenar todos los formularios requeridos por su compañía de seguro o escribirles proporcionándoles su nombre, número de reclamo y el número del seguro médico.
- Presentar cualquier otra información que desee que la compañía de seguro evalúe como parte de su apelación, por ejemplo una carta de su médico.

Importante: También puede pedir una apelación acelerada si el plazo de espera de la apelación estándar pudiera poner en peligro su vida o su capacidad de funcionamiento. Las apelaciones relacionadas con reclamaciones de cuidado urgente pueden ser hechas por teléfono a su compañía de seguros.

2. Revise la decisión de su compañía de seguros sobre la apelación interna

Su compañía de seguros debe proporcionarle una decisión por escrito al final del proceso de la apelación interna. En la mayoría de los casos, si su compañía de seguros rechaza el servicio, pagar por los servicios o cancela su cobertura, usted puede pedir una revisión externa. Las instrucciones de cómo solicitar una revisión externa se encuentran en la carta con la decisión final que envía la compañía de seguros.

3. Solicite una revisión externa, si es necesario

Si decide pedir una revisión externa, tendrá que presentarla por escrito dentro de los 4 meses, en ciertos casos dentro de los 60 días, de haber recibido por escrito la decisión de su compañía de seguros. El aviso que le envía su compañía de seguros debe informarle el período de tiempo específico durante el cual debe hacer su petición. Usted puede designar a un representante (como su doctor o otro profesional de la salud) que sepa acerca de su condición médica, para presentar la revisión externa por usted.

- La carta con la decisión final de la apelación interna o Explicación de Beneficios (EOB en inglés), incluirá la información de contacto de la entidad independiente que se encargará de la apelación externa.
- La entidad independiente tomará la decisión final. Dicha entidad decidirá a favor de la compañía de seguro o a su favor.
- También puede solicitar una revisión externa acelerada si la decisión implica un caso relativo a la admisión, disponibilidad de atención, estancia continua o servicio de atención médica para los que recibió servicios de emergencia, pero no le han dado de alta de la facilidad.
- Su compañía de seguros no puede retrasar el pago por el servicio si la decisión es a su favor, incluso si tiene la intención de solicitar la revisión judicial u otro remedio que pueda estar disponible en algunos estados.
- Revisiones estándar externas se deciden a más tardar 60 días después de recibir la solicitud, y en la mayoría de los casos dentro de 45 días.

Las compañías de seguros en todos los estados deben participar en un proceso de revisión externa que cumplen con las normas de protección al consumidor de la ley de salud. Su estado puede tener un proceso externo que cumple o supera estas normas. Si es así, las compañías de seguros de su estado lo hará seguir los procesos de revisión externa de su estado. Si su estado no tiene un proceso de revisión externa que cumple con las normas mínimas de protección del consumidor, los planes y las aseguradoras del Estado deben elegir entre una de las dos opciones para una revisión externa administrada por el gobierno federal. La revisión externa puede ser realizada por una entidad independiente contratada por la compañía de seguros o por un contratista administrado por el Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS en inglés).

Más acerca de las solicitudes urgentes y aceleradas

Usted puede presentar su apelación interna y revisión externa al mismo tiempo, si la línea de tiempo para el proceso de apelación estándar podría poner en grave riesgo su vida o su capacidad de recuperar sus funciones al máximo. Una decisión final sobre su apelación debe hacerse tan pronto como su condición médica lo requiera. En la mayoría de los casos esto sucederá dentro o en menos de 72 horas, pero no va a tardar más de 4 días laborables.

Obtenga ayuda para apelar

Hay muchos recursos disponibles para ayudarle con su apelación. Usted no tiene que hacerlo solo.

- Visite CuidadoDeSalud.gov/es/appeal-insurance-company-decision/.
- El Programa de Ayuda al Consumidor (CAP) de su estado o el Departamento de Seguro pueden ayudarle, así como otras organizaciones locales. Visite ayudalocal.cuidadodesalud.gov/es/ para obtener ayuda en su zona.
- El teléfono de ayuda al consumidor de su compañía de seguro podrá brindarle información. En CuidadoDeSalud.gov encontrará una lista de teléfonos donde pueden ayudarle.
- Si no habla inglés podrá obtener ayuda e información sobre las apelaciones y otros asuntos relacionados con el Mercado de seguros, en su idioma preferido y sin costo alguno. Para hablar con un intérprete, llame al **1-800-318-2596**. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-855-889-4325**.
- Usted puede nombrar un representante autorizado que puede ser un familiar, amigo, abogado o cualquier persona que designe para actuar en su nombre. El nombramiento de un representante puede hacerse de distintas maneras dependiendo del tipo de apelación que desee solicitar.

