Washington State Health Care Authority

washington healthplanfinder
click. compare. covered.

Derechos y Responsabilidades de la Cobertura de Atención Médica

Sus derechos (Nosotros debemos) para todos los programas de cobertura de atención médica

Ayudarle a leer y llenar todos los formularios solicitados. Si desea recibir ayuda, puede comunicarse con Washington Healthplanfinder.

Ofrecer los servicios de un intérprete o traductor sin costo para usted y sin demoras cuando se comunique con Washington Healthplanfinder.

Mantener privada su información personal aunque podemos compartir cierta información con otras agencias federales y estatales para efectos de elegibilidad e inscripción. **Darle la oportunidad de apelar** si está en desacuerdo con una determinación hecha durante su uso de Washington Healthplanfinder que afecte su elegibilidad para un plan médico, crédito fiscal para primas de seguro médico, o reducciones en costos compartidos por medio de Healthplanfinder. Al pedir una apelación su caso será revisado. Puede encontrar más información sobre el proceso de apelaciones de Healthplanfinder visitando la página de apelaciones de Healthplanfinder en http://wahbexchange.org/appeals/ o comunicándose con el Centro de Servicio a Clientes de Healthplanfinder al 1-855-923-4633.

Si la apelación se debe a una decisión sobre la cobertura de Washington Apple Health, que no fue resuelta por una revisión del caso, se programará una audiencia administrativa.

Tratarle con justicia sin importar su raza, color, creencias políticas, origen nacional, religión, edad, género (incluyendo identidad de género y estereotipos sexuales), orientación sexual, discapacidad, estatus de veterano o militar, o lugar de nacimiento. Para presentar una queja por discriminación, debe contactar al Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos en:

- http://www.hhs.gov/ocr/civilrights/complaints; o
- Regional Manager, Office for Civil Rights
  U.S. Department of Health and Human Services,
  2201 Sixth Ave. – M/S: RX-11
  Seattle, WA 98121-1831
  Teléfono 800-368-1019
  Fax 206-615-2297
  TDD 800-537-7697.

Sus responsabilidades (Usted debe) para todos los programas de cobertura de atención médica

Informar sobre SSN y estatus migratorio. Con algunas excepciones, usted debe proporcionar un Número de Seguro Social (por sus siglas en inglés, "SSN") o número de documento de inmigración, de usted o de cualquier persona en su hogar que desee solicitar cobertura de atención médica. Se requiere un SSN para solicitar un crédito fiscal para primas de seguro médico. Utilizamos esta información para determinar su elegibilidad confirmando su identidad, ciudadanía, estatus migratorio, fecha de nacimiento y disponibilidad de otras coberturas de atención médica. No compartimos esta información con ninguna autoridad de inmigración.

Es posible solicitar cobertura para algunos miembros de su hogar, y no para otros. Si no tiene un SSN o con un número de documento de inmigración para todos los miembros del hogar, los demás aún pueden solicitar y obtener cobertura. También hay algunos programas de Washington Apple Health para personas que no pueden demostrar que están en el país de manera legal. Pero si decide no proporcionar un SSN o un número de documento de inmigración de alguna persona de su hogar, necesitaremos dar seguimiento con usted para obtener información sobre los ingresos de la persona que no solicita.

Si la agencia lo solicita, proporcione toda información o evidencia que se necesite para decidir si usted es elegible.

Cosas que debe saber para todos los programas de cobertura de atención médica

Existen ciertas leyes estatales y federales que rigen la operación de Washington Healthplanfinder, sus derechos y responsabilidades como usuario de Washington Healthplanfinder, y la cobertura obtenida a través de Washington Healthplanfinder. Al usar Washington Healthplanfinder usted acepta cumplir con estas leyes, ya que podrían aplicarse a usuarios de este sitio web y a la cobertura obtenida en virtud de la presente.

La Ley Nacional para el Registro de Votantes de 1973 requiere que todos los estados proporcionen ayuda para el registro de votantes mediante sus oficinas de asistencia pública. Hacer una solicitud para registrarse o negarse a registrarse para votar no afectará los servicios o los beneficios que le brindará esta agencia. Puede registrarse para votar en **www.vote.wa.gov** u ordenar formularios de registro de votantes llamando al 1-800-448-4881. **La Ley de Responsabilidad y Portabilidad de Seguros Médicos (por sus siglas en inglés, "HIPAA")** incluye restricciones que evitan que la Autoridad de Atención Médica (Washington Apple Health) discuta información médica sobre usted o sobre cualquier miembro de su hogar con cualquiera, incluyendo a un representante autorizado, a menos que ese individuo tenga un poder notarial o que usted haya firmado un formulario de consentimiento autorizando la divulgación de esta información. Esto incluye divulgación de información sobre la salud mental, resultados de exámenes de VIH/SIDA y de ETS o tratamiento y servicios de dependencia química.

La Ley de Atención Médica Asequible prohíbe a Washington Healthplanfinder proporcionar información personal que lo identifique a usted o a cualquier miembro de su hogar a cualquiera que no esté autorizado para recibirla, y sin su consentimiento.

La información que proporcione a Washington Healthplanfinder está sujeta a verificación por parte de funcionarios federales y estatales para determinar su elegibilidad para cobertura de atención médica. La verificación puede incluir contactos de seguimiento del personal de la agencia.

Si comienza a llenar una solicitud para seguro médico en Healthplanfinder y no completa el proceso por alguna razón, su información estará guardada en Healthplanfinder y podrá tener acceso a ella por 90 días. Si no completa una solicitud después del período de 90 días, su información se borrará del sistema Healthplanfinder.

Washington Healthplanfinder no es responsable de administrar su plan de seguro médico. Su aseguradora puede proporcionarle más información sobre sus beneficios. **Si tiene preguntas sobre los términos de su plan de seguro médico, incluyendo los beneficios para los que es elegible, gastos por su propia cuenta bajo su plan, y hacer una reclamación de beneficios o apelar una negación de beneficios, debe comunicarse con su aseguradora de seguro médico.** Si es elegible para COBRA al terminar cualquier cobertura de seguro médico adquirida a través de Healthplanfinder, es responsabilidad de su empleador administrar COBRA y proporcionarle las notificaciones requeridas y períodos de elección de COBRA.

No cancele ninguna cobertura de seguro actual ni rechace algún beneficio de COBRA hasta que reciba una carta de aprobación y póliza de seguro, también conocida como contrato o certificado de seguro, de la aseguradora que seleccionó. Asegúrese de comprender y aceptar los términos de la póliza, ponga especial atención a la fecha de entrada en vigencia, períodos de espera, monto de la prima, beneficios, limitaciones, exclusiones y anexos.

Puede solicitar los servicios de cumplimiento de manutención a través de la División de Manutención para Niños (por sus siglas en inglés, "DCS"). Para obtener una solicitud de estos servicios, visite **www.childsupportonline.wa.gov** o comuníquese con su oficina local de la DCS.

Sus derechos (Nosotros debemos) sólo para Washington Apple Health

Explicarle sus derechos y responsabilidades si usted lo solicita.

Permitirle presentar una solicitud parcial que incluya por lo menos su nombre, dirección y firma o la firma del representante autorizado del solicitante. El día en que recibimos una solicitud parcial es su fecha de solicitud, que puede afectar cuándo entra en vigor su cobertura. No tomaremos una decisión final sobre su cobertura hasta que usted complete la solicitud.

Permitirle presentar una solicitud o solicitud parcial usando cualquier método enlistado en WAC 182-503-0010.

Procesar su aplicación de manera expedita y a más tardar en las fechas límites descritas en WAC 182-503-0060.

Darle 10 días calendario para proporcionar información que necesitamos para determinar elegibilidad. Si solicita más tiempo, le daremos más tiempo. Si no nos entrega la información o si pide más tiempo, podemos negar, cerrar o cambiar su cobertura de atención médica.

Ayudarle si tiene problemas para obtener alguna información o evidencia necesaria para que decidamos si usted es elegible. En caso que solicitemos un documento que cuesta dinero, enviaremos por él y pagaremos el costo.

Notificarle, en la mayoría de los casos, por lo menos 10 días antes de cancelar su cobertura médica.

Darle una decisión por escrito, en la mayoría de los casos, dentro de un plazo de 30 días. La cobertura de atención médica para algunos casos de discapacidad pueden tomar de 45 a 60 días. Entregamos una decisión por escrito sobre seguro médico de embarazo dentro de un plazo de 15 días.

Permitirle que se niegue a hablar con un investigador si auditamos su caso. Usted no tiene la obligación de dejar al investigador entrar a su vivienda. Usted puede pedir al investigador que regrese en otro momento. Tal petición no afectará su elegibilidad para cobertura de atención médica.

Continuar con su cobertura de Washington Apple Health mientras decidimos si es elegible para otro programa de acuerdo con WAC 182-504-0125.

Darle servicios de acceso equitativo como se describe en WAC 182-503-0120 o si usted es elegible.

Sus responsabilidades (Usted debe) sólo para Washington Apple Health

Reportar cambios según lo requerido en WAC 182-504-0105 y WAC 182-504-0110 dentro de un plazo de 30 días del cambio.

Llenar renovaciones cuando se le solicite.

Proporcionar a los proveedores médicos información necesaria para facturarnos los servicios de atención médica.

Solicitar Medicare si tiene derecho a él.

Cooperar con el personal de Control de Calidad cuando sea requerido.

Solicitar y hacer esfuerzos razonables para obtener ingresos potenciales de otras fuentes cuando pida o reciba cobertura de Washington Apple Health.

Cosas que debe saber sólo para Washington Apple Health

Al solicitar y recibir Washington Apple Health, usted le cede al Estado de Washington los derechos a toda asistencia médica y a todo pago de terceros por servicios de atención médica.

La agencia podría compartir el historial de inmunización de su hijo con el Sistema de rastreo de perfil de inmunización infantil.

La información que usted transmite se podría proporcionar al Departamento de Servicios Sociales y de Salud para determinar la elegibilidad y beneficios mensuales para programas como cobertura de atención médica, asistencia en efectivo, asistencia alimenticia y subsidios de cuidado de niños.

Por ley (RCW 41.05A.090 y WAC 182-527), si usted tiene 55 años o más Y recibe servicios de Washington Apple Health, la autoridad de atención médica (por sus siglas en inglés, "HCA") puede tomar de su herencia (los bienes que usted posea en el momento de su muerte) los costos que pagamos por ciertos tipos de asistencia para atención médica, como cuidado en hogares de asistencia o cuidado a largo plazo. (HCA podría recuperar los costos de los servicios de cuidados a largo plazo financiados solamente por el estado y recibidos a cualquier edad). Esto se conoce como RECUPERACIÓN DE HERENCIA. Puede encontrar una lista completa de los tipos de asistencia para atención médica sujetos a recuperación de herencia en WAC 182-527-2740 y WAC 182-527-2742.

La recuperación de herencia no ocurre hasta después de su muerte y la de su cónyuge sobreviviente, si lo hubiera. También podemos colocar un gravamen antes de su muerte para recuperación después de la muerte, en los términos de 42 U.S. Código 1396p. Es posible que las tierras tribales y ciertas propiedades pertenecientes a indígenas americanos y nativos de Alaska estén exentas de la recuperación (WAC 182-527-2754). En caso que usted tenga herederos dependientes, la recuperación de herencia puede postergarse por dificultades extremas.

Puede ser restringido a un proveedor de atención médica, farmacia y/u hospital, si solicita servicios médicos innecesarios de los proveedores.

Cosas que debe saber sólo para planes médicos calificados

Si se inscribe en un plan médico calificado a través de Healthplanfinder y no proporciona la información suficiente para que Healthplanfinder verifique su elegibilidad para adquirir un plan o recibir un plan a costo reducido, o si cualquier información que usted proporcione no es verificable, tendrá 90 días para proporcionar más información para cumplir con los requisitos de elegibilidad de Washington Healthplanfinder. Durante este tiempo, debe colaborar con el personal de Healthplanfinder para intentar proporcionarle toda la información que falte o resolver cualquier inconsistencia para que su cobertura y costos aplicables estén vigentes lo antes posible.

Si se inscribe en un plan de salud calificado a través de Healthplanfinder y tiene un cambio en sus ingresos, debe notificar a Healthplanfinder lo antes posible. Un cambio en sus ingresos podría cambiar los subsidios fiscales o las reducciones de costos compartidos para los que es elegible. Usted podría ser elegible para un plan de costo menor tras un cambio de ingresos, o se le podría requerir devolver una parte de un subsidio fiscal que recibió si su ingreso aumenta y no informa el cambio.

Las tarifas mostradas están sujetas a cambios en base a las prácticas de suscripción de la aseguradora médica

y a su selección de beneficios opcionales disponibles, si es que existen. Las tarifas finales siempre las determina la aseguradora.

Las tarifas mostradas sirven SÓLO para su fecha de vigencia solicitada. Si la fecha de vigencia de su póliza es diferente a su fecha de vigencia solicitada, es posible que el costo real de su póliza difiera de las tarifas anteriores, debido a los incrementos de tarifa o cambios de póliza por parte de la compañía de seguro y/o a que uno o más miembros de la familia cumplan años. (Las tarifas son altamente dependientes de la edad). Es posible que la aseguradora que seleccionó no garantice sus tarifas por cualquier período de tiempo.

Usted autoriza al Departamento de Seguridad del Empleo del Estado de Washington a divulgar datos sobre su salario y empleo a Washington Healthplanfinder. Usted reconoce que otorgar este consentimiento ayudará a simplificar el proceso de solicitud y redeterminación de Washington Healthplanfinder. Su información personal estará protegida tal y como se describe en la política de privacidad de Healthplanfinder.