

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. Para recibir ayuda, puede comunicarse con Washington Healthplanfinder, o si es un individuo de edad avanzada, ciego o discapacitado, o si requiere servicios y apoyos a largo plazo (por sus siglas en inglés, "LTSS") puede comunicarse con el Departamento de Servicios Sociales y de Salud (por sus siglas en inglés, "DSHS").

Ofrecer los servicios de un intérprete o traductor sin costo para usted y sin demoras cuando se comunique con Washington Healthplanfinder, con la Health Care Authority o con el DSHS.

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 por Washington Healthplanfinder o por el DSHS que afecte su elegibilidad para cobertura médica, LTSS, un plan de salud, crédito fiscal para primas de seguro médico, o reducciones en costos compartidos. Al pedir una apelación su caso será revisado. Puede encontrar más información sobre el proceso de apelaciones de Washington Healthplanfinder visitando la página de apelaciones de Washington Healthplanfinder en <http://wahbexchange.org/appeals/> o comunicándose con el Centro de Servicio a Clientes de Washington Healthplanfinder al 1-855-923-4633. Para más información sobre apelaciones para programas del DSHS, puede ponerse en contacto con el Centro de Contacto de Servicio a Clientes del DSHS al 1-877-501-2233 o visite su oficina local de Servicios en el Hogar y la Comunidad.

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. La discriminación es ilegal. El Washington Health Benefit Exchange/Health Care Authority cumple con las leyes vigentes sobre derechos civiles y no discrimina con base en raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo. El Washington Health Benefit Exchange/Health Care Authority no excluye a personas ni las trata de manera diferente debido a su raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo.

El Washington Health Benefit Exchange/Health Care Authority también cumple con las leyes estatales vigentes y no discrimina con base en credo, género, expresión o identidad de género, orientación sexual, estado civil, religión, condición de veterano retirado honorablemente o de militar, o por el uso de un perro guía entrenado o de un animal de servicio por parte de una persona con discapacidad.

El Washington Health Benefit Exchange/Health Care Authority:

- Proporciona apoyos y servicios gratuitos a personas con discapacidades para que se comuniquen de manera efectiva con nosotros, tales como:
 - Intérpretes calificados en lenguaje de señas
 - Información por escrito o en otros formatos (tipografía grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)
- Proporciona servicios gratuitos de lenguaje a personas cuyo idioma principal no es el inglés, como:
 - Intérpretes calificados
 - Información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios llame al 1-855-923-4633.

Si cree que el Washington Health Benefit Exchange/Health Care Authority no le ha proporcionado estos servicios o lo ha discriminado de otra manera, puede presentar una queja ante:

- **Washington Health Benefit Exchange Legal Department**
ATTN: Legal Division Equal Access/Equal Opportunity Coordinator
PO Box 1757
Olympia, WA 98507-1757
1-855-859-2512
Fax: 1-360-841-7653
appeals@wahbexchange.org
- **Health Care Authority Division of Legal Services**
ATTN: Compliance Officer
PO Box 42700
Olympia, WA 98501-2700
1-855-682-0787
Fax: 1-360-586-9551
compliance@hca.wa.gov

Puede presentar una queja en persona o por correo, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para llenar una queja, el Departamento Legal del Washington Health Benefit Exchange o la División de Servicios Legales de la Health Care Authority están disponibles para ayudarle.

También puede presentar una queja por violación de derechos civiles de manera electrónica ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por correo o teléfono en:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201

1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD).

Los formularios de queja están disponibles en www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html.

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. Por ejemplo, puede presentar una solicitud para su hijo incluso si usted no es elegible para cobertura. Presentar la solicitud no afectará su situación migratoria ni sus posibilidades de adquirir la residencia permanente o la ciudadanía.

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 y los sistemas de aplicación administrados por el estado, sus derechos y responsabilidades como usuario de los mismos, y la cobertura obtenida a través de ellos. Al usar estos sistemas usted acepta cumplir con las leyes que aplican a alguien que los usa y a la cobertura que obtiene como resultado. **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 (por sus siglas en inglés, "HCA") y el DSHS discutan 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. Para más información sobre la política de privacidad de Washington Healthplanfinder, visite https://www.wahealthplanfinder.org/_content/PrivacyPolicy.html

La Ley de Atención Médica Asequible prohíbe a Washington Healthplanfinder y al DSHS 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 y al DSHS 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 a través de Washington Healthplanfinder y no completa el proceso por alguna razón, su información estará guardada en Washington 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 de Washington Healthplanfinder.

Washington Healthplanfinder, la HCA y el DSHS son responsables 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 Washington 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 182-503-0005.

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 de atención médica.

Darle una decisión por escrito, en la mayoría de los casos, dentro de un plazo de 45 días. La cobertura de atención médica para algunos casos de discapacidad pueden tomar hasta 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. Lea su carta de aprobación para ver qué cambios debe reportar.

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 DSHS 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, el Estado de Washington puede recuperar los costos que pagó por ciertos tipos de servicios médicos de su herencia a través de la Recuperación de Herencia (RCW 41.05A.090, RCW 43.20B.080 y el Capítulo 182-527 WAC). La Recuperación de Herencia no se realiza hasta después de su muerte, la muerte de su cónyuge sobreviviente y que sus hijos sobrevivientes tengan 21 años de edad o más. Tampoco se aplica si un hijo sobreviviente estaba ciego o discapacitado en el momento de su muerte. Los costos recuperables incluyen:

- Ciertos servicios y apoyos a largo plazo de Washington Apple Health, si tiene 55 años de edad o más en el momento en que recibió los servicios;
- Ciertos servicios financiados sólo por el estado, sin importar su edad en el momento en que recibió los servicios.

Puede encontrar una lista de servicios sujetos a recuperación de costos en WAC 182-527-2742. Puede encontrar una lista de activos excluidos de la recuperación en WAC 182-527-2754.

El Estado puede también aplicar un gravamen antes de su muerte sobre sus bienes raíces a cualquier edad, si es internado en una institución de manera permanente (WAC 182-527-2820). El Estado puede obtener la recuperación a través de la venta de su propiedad, o de su herencia, a menos que:

- Su cónyuge viva en la propiedad;
- Su hermano(a) viva en la propiedad, sea copropietario(a) y cumpla ciertas condiciones.
- Su hijo(a) viva en la propiedad y sea ciego o discapacitado; o
- Su hijo(a) vive en la propiedad y es menor de 21 años de edad..

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 Washington Healthplanfinder y no proporciona la información suficiente para verificar su elegibilidad, o proporciona información que no puede ser verificada, tendrá 90 días para proporcionar la información necesaria. Si no lo hace, podría verse obligado a devolver una parte de los créditos fiscales para primas que reciba.

Si se inscribe en un plan de salud calificado a través de Washington Healthplanfinder y tiene un cambio en sus ingresos, debe notificar a Washington Healthplanfinder lo antes posible. Un cambio en sus ingresos podría cambiar los créditos fiscales o las reducciones de costos compartidos que debe recibir. Usted podría ser elegible para un plan de costo menor debido a un cambio en sus ingresos, o se le podría requerir que devuelva una parte de los créditos fiscales para primas que recibió si sus ingresos aumentan y usted no lo informa.

Las tarifas mostradas están sujetas a cambios en base a las prácticas de suscripción de la aseguradora médica y a su elección de opciones disponibles.

ATTENTION: If you speak [insert language], language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-855-923-4633 (TTY: 1-855-627-9604).

Spanish - ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-855-923-4633 (TTY: 1-855-627-9604).

Chinese - 注意: 如果您使用繁體中文, 您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-855-923-4633 (TTY: 1-855-627-9604)。

Vietnamese - CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-855-923-4633 (TTY: 1-855-627-9604).

Korean - 주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-855-923-4633 (TTY: 1-855-627-9604)번으로 전화해 주십시오.

Russian - ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-855-923-4633 (телетайп: ТТТ: 1-855-627-9604).

Tagalog - PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-855-923-4633 (TTY: 1-855-627-9604).

Ukrainian - УВАГА! Якщо ви розмовляєте українською мовою, ви можете звернутися до безкоштовної служби мовної підтримки. Телефонуйте за номером 1-855-923-4633 (телетайп: ТТТ: 1-855-627-9604).

Cambodian (Khmer) - ប្រយ័ត្ន៖ បើសិនជាអ្នកនិយាយភាសាខ្មែរសំរាប់ជំនួយផ្នែកភាសាដោយមិនគិតល្បួល, គឺអាចមានសំរាប់បំរើអ្នក។ ចូរ ទូរស័ព្ទ 1-855-923-4633 (TTY: 1-855-627-9604)។

Japanese - 注意事項: 日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。1-855-923-4633 (TTY: 1-855-627-9604) まで、お電話にてご連絡ください。

Amharic - ማስታወሻ: የሚናገሩት ቋንቋ አማርኛ ከሆነ የትርጉም እርዳታ ድርጅቶች፣ በነጻ ሊያግዝዎት ተዘጋጅተዋል። ወደ ሚከተለው ቁጥር ይደውሉ 1-855-923-4633 (መስማት ለተሳናቸው: TTY: 1-855-627-9604)።

Oromo - XIYYEEFFANNAA: Afaan dubbattu Oroomiffa, tajaajila gargaarsa afaanii, kanfaltiidhaan ala, ni argama. Bilbilaa 1-855-923-4633 (TTY: 1-855-627-9604).

Somali - MUHIIM AH: Haddii aad ku hadashid Af-soomaali, adeegaha caawimaada luuqada, ee lacag la'aanta ah, ayaad heli kartaa. Wac 1-855-923-4633 (TTY: 1-855-627-9604).

Arabic - ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 1-855-923-4633 (رقم هاتف الصم والبكم: TTY: 1-855-627-9604).

Punjabi - ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫਤ ਉਪਲਬਧ ਹੈ। 1-855-923-4633 (TTY: 1-855-627-9604) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

German - ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 1-855-923-4633 (TTY: 1-855-627-9604).

Lao - ໂປດຊາບ: ຖ້າວ່າທ່ານເວົ້າພາສາລາວ, ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອອໍດີ ການພາສາ, ໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າ, ຈະມີ ພ້ອມໃຫ້ທ່ານ. ໂທ 1-855-923-4633 (TTY: 1-855-627-9604).

French - ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-855-923-4633 (TTY : 1-855-627-9604).

Hindi - ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। 1-855-923-4633 (TTY: 1-855-627-9604) पर कॉल करें।

Farsi (Persian) - توجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما فراهم می باشد. با 1-855-923-4633 تماس بگیرید.

Romanian - ATENȚIE: Dacă vorbiți limba română, vă stau la dispoziție servicii de asistență lingvistică, gratuit. Sunați la 1-855-923-4633 (TTY: 1-855-627-9604).