Conozca sus derechos en el Mercado de Seguros Médicos

Usted tiene ciertos derechos cuando se inscribe en un plan médico del Mercado. Estos derechos son:

- Comprender con facilidad la información sobre qué cubre su plan, qué servicios debe pagar de su bolsillo, qué medicamentos cubre y qué proveedores están en su red.
- Obtener cobertura para servicios de emergencia.
- Solicitar cobertura para un medicamento recetado que su plan no cubre.
- Apelar una decisión del plan de salud de no pagar una reclamación.

Dependiendo de dónde viva, su estado puede ofrecer otros derechos y protecciones. Comuníquese con su Departamento de Seguro local para más información.

Cómo obtener información del plan

Tiene derecho a obtener un “Resumen de Beneficios y Cobertura” (SBC, en inglés) cuando compra o se inscribe en una cobertura. Este resumen detalla lo que su plan cubre y lo que esos servicios le costarían si los pagase de su bolsillo. El SBC también incluye ejemplos de cobertura para el cuidado de la diabetes y el parto, por lo que se puede ver cómo el costo compartido de un plan en particular podría funcionar para una situación médica.

Las compañías de seguros también deben proporcionar un "Glosario Uniforme" con ciertos términos usados en la cobertura médica y atención médica. Todos los planes deben usar la misma forma estándar para el SBC y el Glosario Uniforme para ayudarlo a comparar los planes.

¿Cuándo puedo obtener un "Resumen de Beneficios y Cobertura" y el "Glosario Uniforme"?

El Resumen de Beneficios y Cobertura está disponible para cada plan del Mercado. Encontrará un enlace al mismo en cada página del plan cuando se inscriba a través del sitio web. También puede solicitar un Resumen de Beneficios y Cobertura de su compañía de seguros en cualquier momento. Todos los planes de salud deben proporcionarlo en momentos importantes del proceso de inscripción, como cuando solicita o renueva la póliza. También pude pedir una copia del "Glosario Uniforme" que lo ayude a comprender las palabras comunes utilizadas en la atención médica.

¿Qué es el directorio de proveedores?

El directorio de proveedores del plan de salud (también llamado directorio de la red de proveedores) enumera la red de médicos, hospitales y otros proveedores de atención médica que tiene un contrato con ese plan de salud para brindarle atención médica. Si usa un médico o instalaciones que no están en la red del plan, puede ser que tenga que pagar más por los servicios que obtenga.

Cuando compra un plan de salud, puede querer usar el directorio de la red de proveedores para buscar una red de planes que incluya a su médico actual. También puede usar el directorio de red de proveedores en el sitio web de su plan de salud para encontrar un médico nuevo.

Cada plan del Mercado debe tener un enlace al directorio de red de proveedores en su sitio web y, el directorio debe contar con el listado actual de proveedores de la red para ayudarlo con sus decisiones de inscripción. Cuando esté listo para inscribirse o quiera revisar **los planes y precios** en **CuidadoDeSalud.gov**, verá enlaces directos al directorio del proveedor para cada plan del Mercado.

¿Cómo puedo saber si un plan cubre mis medicamentos recetados?

CuidadoDeSalud.gov proporciona enlaces a las listas de medicamentos cubiertos para todos los planes del Mercado. Su Resumen de Beneficios y Cobertura incluirá un enlace sobre cómo puede obtener más información sobre cobertura de medicamentos.

Cobertura de servicios de emergencia

Cada plan del Mercado, a excepción de los planes dentales, debe cubrir servicios de emergencia de hospital sin previa autorización y aunque el proveedor esté fuera de la red.

¿Qué sucede si consigo cuidado de emergencia fuera de la red?

Su plan puede cubrir el cuidado de emergencia fuera de la red sin:

- Limitar la cobertura de manera que sea más restrictiva que dentro de los límites de la red.
- Cobrarle un copago o un coseguro que sea mayor al gasto por atención dentro de la red.

Es probable que tenga que pagar otros gastos, como un deducible, si se aplica a sus beneficios fuera de la red.

¿Puede mi plan de salud tener las condiciones de cobertura para cuidado de emergencia?

En general, su plan debe cubrir cuidados de emergencia sin importar ningún otro tipo de término o condición de la cobertura. Si su plan no cubre un servicio en particular podría tener que pagar el gasto total de los servicios si no tiene otra cobertura.

Solicitar la cobertura para un medicamento recetado que no cubre su plan

Cada plan del Mercado debe tener un proceso de excepciones de medicamentos recetados que le permita solicitar cobertura de un medicamento recetado que su plan no cubre. Este proceso es diferente a apelar a la denegación de un medicamento que está cubierto por su plan. La información que aparece a continuación describe el proceso recomendado, pero los detalles del proceso de su plan pueden ser diferentes. Contacte a su plan para obtener información detallada del proceso de excepciones sobre medicamentos recetados.

¿Cómo solicito una excepción para un medicamento no cubierto recetado por un médico?

Para solicitar un medicamento a través del proceso de excepciones, generalmente su médico deberá enviar una solicitud a su plan (en forma verbal y por escrito) expresando que el medicamento no cubierto es clínicamente apropiado para su condición médica.

¿Puedo conseguir el medicamento no cubierto durante el proceso de excepciones?

Mientras que esté en el proceso de excepciones, su plan puede darle acceso a los medicamentos que está solicitando hasta que se tome una decisión, pero no tiene la obligación de hacerlo.

¿Qué sucede si consigo la excepción?

Si obtiene la excepción, en general puede obtener el medicamento no cubierto por cierto período. Su plan de salud tratará al medicamento como cubierto, pero su parte del costo (como su coseguro) se puede aplicar al conjunto de medicamentos más caros en la lista de medicamentos cubiertos (formulario).
Si su plan cubre los medicamentos mediante la excepción, su parte del costo se computará en el máximo del dinero de su bolsillo.

Obtener ayuda sobre su apelación

Algunos recursos que le ayudarán con su apelación:

- **Programa de Asistencia al Consumidor (CAP, en inglés) o Departamento de Seguros.**
  Ellos pueden ayudarlo, junto con otras organizaciones locales.
  Visite AyudaLocal.CuidadoDeSalud.gov para encontrar ayuda en su área.
- **Obtener ayuda en su idioma preferido.** Si no habla inglés podrá obtener ayuda e información sobre las apelaciones y otros temas del Mercado en su idioma de preferencia en forma gratuita. Para hablar con un intérprete, comuníquese con el Centro de Llamadas del Mercado al 1-800-318-2596. Los usuarios TTY pueden llamar al 1-855-889-4325.

- **Puede designar a un representante autorizado para que lo ayude.** Su representante puede ser un miembro de la familia, un amigo, un defensor, un abogado o alguien que actuará en su nombre. Esto puede hacerse de varias maneras, dependiendo del tipo de apelación que esté tramitando. Para obtener los formularios que necesitará para designar a un representante, visite CuidadoDeSalud.gov.
- **Conozca los pasos para presentar una apelación.** Visite Cuidadodesalud.gov/es/appeal-insurance-company-decision/ para conocer los pasos para apelar la decisión de su compañía de seguros.

Usted tiene el derecho de obtener la información del Mercado en un formato accesible, como letra grande, Braille o audio. También tiene derecho a presentar una queja si cree que ha sido discriminado. Visite CMS.gov/about-cms/agency-information/aboutwebsite/cmsnondiscriminationnotice.html o llame al Centro de Llamadas del Mercado al 1-800-318-2596 para obtener más información. Los usuarios TTY pueden llamar al 1-855-889-4325.

Pagado por el Departamento de Salud y Servicios Humanos.