

**STATE OF MARYLAND**  
**OFFICE OF THE ATTORNEY GENERAL**  
**CONSUMER PROTECTION DIVISION**  
**HEALTH EDUCATION AND ADVOCACY UNIT (HEAU)**

**Anthony G. Brown**  
*Attorney General*

---

Gracias por comunicarse con la Unidad de Educación y Defensa de la Salud con respecto a un reclamo en contra **Maryland Health Connection**.

Adjunto encontrará un formulario de reclamo y un formulario de Autorización de Divulgación de Información. Para poder empezar a trabajar en su reclamo, necesitaremos lo siguiente:

- ☐ Formulario de reclamos completado;
- ☐ Copias de cualquier aviso u otra correspondencia que haya recibido  
(*por favor no enviar documentos originales*);
- ☐ Si está apelando una determinación de Crédito Tributario Anticipado para la Prima o Reducción de Costos Compartidos – Copias de sus documentos financieros (información de ingresos para todos los miembros de la familia – recibos de pago, formularios W-2, declaraciones de impuestos y salarios)  
(*por favor no enviar documentos originales*); y
- ☐ Formulario Autorización de Divulgación de Información firmado y fechada. (Este formulario es necesario para permitirnos actuar en su nombre.)

**Si no devuelve el formulario de Autorización de Divulgación de Información firmado, puede resultar en el cierre de su caso.**

Por favor devuelva los materiales mencionados anteriormente a nuestra oficina por correo, correo electrónico o fax:

Office of the Attorney General  
Health Education and Advocacy Unit  
200 St. Paul Place, 16th Floor  
Baltimore, MD 21202  
Fax: (410) 576-6571  
[heau@oag.maryland.gov](mailto:heau@oag.maryland.gov)

Una vez que hayamos recibido sus materiales, su caso será asignado a un miembro de nuestro personal por orden de llegada. Su mediador o defensor público se comunicará con usted una vez que se asigne su caso.

Por favor revise la información adjunta que explica el proceso de reclamaciones y nuestros procedimientos. Si tiene alguna pregunta o desea verificar el estado de su reclamo, no dude en comunicarse con nosotros al (410) 230-1712 o al número gratuito (877) 261-8807. Nuestra línea directa está abierta de lunes a viernes de 10:00 a.m. hasta las 2:00 p.m.

## **¿Qué es la Unidad de Educación y Defensa de la Salud (HEAU)?**

La Unidad de Educación y Defensa de la Salud de la División de Protección al Consumidor de la Oficina de la Procuraduría General es una unidad que maneja las quejas de los consumidores que involucran una variedad de problemas en el mercado de la salud. Las quejas típicas incluyen problemas de facturación y reembolso médico, problemas de acceso a registros médicos, ventas de equipos médicos y emisiones de garantías, y disputas sobre seguros de salud. La Unidad utiliza el proceso de mediación para intentar resolver estas quejas de los consumidores. Si presenta una queja que involucra un problema que no podemos resolver, intentaremos remitir su queja a una agencia más apropiada.

## **¿Qué es la Mediación?**

El proceso de mediación es uno en el que un tercero (mediador) trabaja con las partes en una disputa para tratar de lograr una resolución cooperativa del problema.

Tres claves para una mediación exitosa son la cooperación, la información y la comunicación. Para que la mediación funcione, las partes en la disputa deben estar dispuestas a tratar de resolver el problema. En la mayoría de los casos, encontramos que las empresas y los consumidores trabajan duro para evitar problemas y resolverlos cuando surjan. Necesitaremos información tanto de usted como de la empresa involucrada en la queja.

La fuente principal de información de usted será el formulario de queja y los documentos que proporcione sobre su queja. Podemos llamarlo o escribirle para obtener información adicional. Es importante que deje claro en su reclamo lo que le gustaría ver como resultado de presentar su reclamo. También nos pondremos en contacto con las empresas involucradas para buscar información sobre la disputa y preguntar qué oferta propondrá la empresa para resolver el problema. Lo que es más importante, intentaremos restablecer las líneas de comunicación entre usted y la empresa, lo que a menudo conducirá a la resolución del problema.

## **¿Cuáles son los Límites de la Mediación?**

La HEAU puede ayudarlo a presentar su apelación y puede negociar con Maryland Health Connection en su nombre antes de su audiencia. Desafortunadamente, si su caso pasa a una audiencia, la HEAU NO PODRÁ REPRESENTARLO EN LA AUDIENCIA O EN EL TRIBUNAL O DE OTRA MANERA COMO ABOGADO. Si nuestros esfuerzos de mediación no tienen éxito, cerraremos su archivo de queja.

## **¿Es Mi Queja Información Pública?**

Estamos obligados a poner a disposición cierta información de su archivo de quejas sobre pedido. Sin embargo, en la medida en que la divulgación pueda revelar información médica, psicológica o financiera, esa información no se divulgará.

**OFICINA DEL FISCAL GENERAL, DIVISION DE PROTECCION AL CONSUMIDOR  
LA UNIDAD DE EDUCACION Y DEFENSA DE LA SALUD  
FORMULARIO DE RECLAMACION**

**Pedido de Asistencia con una Apelación de Rechazo de Maryland Health Connection.**

Este formulario es para el uso de cualquier persona que pida ayuda en apelar la decisión de Maryland Health Connection rechazando un plan de salud autorizado o subsidios de costo compartido.

**IMPORTANTE: Usted solo tiene 90 días de la notificación de Maryland Health Connection para pedir audiencia. Es muy importante que nos provee los documentos necesarios lo más pronto posible.**

**Rechazo de Medicaid:** La HEAU no puede ayudar a consumidores con el rechazo de elegibilidad de Medicaid

**Información Sobre Usted**

Nombre: \_\_\_\_\_ Inicial de Segundo Nombre: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

Dirección 1: \_\_\_\_\_

Dirección 2: \_\_\_\_\_

Cuidad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

Condado: \_\_\_\_\_

Numero Telefónico del Día: \_\_\_\_\_ Numero Alternativo: \_\_\_\_\_

Maryland Health Connection ID: \_\_\_\_\_

**OTROS MIEMBROS DE FAMILIA EN LA APLICACION PARA COBERTURA**

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Agregue paginas adicionales si necesita

**¿PORQUE QUIERE UNA AUDIENCIA?**

\_\_\_\_\_ Yo no pude aplicar por cobertura con Maryland Health Connection

\_\_\_\_\_ Me han dicho que no califico para Crédito de Impuesto Anticipado a la Prima.

\_\_\_\_\_ Me han dicho que no califico para costo reducido compartido.

\_\_\_\_\_ Yo no estoy de acuerdo con la cantidad de Crédito de Impuesto Anticipado a la Prima.

Otro:

**¿RECIBIO USTED UNA NOTIFICACION DE MARYLAND HEALTH CONNECTION?**

Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Fecha de Notificación: \_\_\_\_\_

¿Cuáles fueron las razones del rechazo?

¿Por qué está en desacuerdo con el rechazo?

**INFORMACION ADICIONAL**

¿Ha hablado con alguien en Maryland Health Connection o un navegador? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Navegador \_\_\_\_\_ Representante de Centro de Llamadas \_\_\_\_\_ Desconocido \_\_\_\_\_

Nombre de Persona(s): \_\_\_\_\_

¿Qué le han dicho de su reclamo?

¿Hay información adicional que quisiera agregar?

¿Cómo escucho de nosotros?

#### ¿YA HA PEDIDO UNA APELACION?

Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

¿Cómo hizo su apelación? Teléfono \_\_\_\_\_ Correo Electrónico \_\_\_\_\_

Por Correo: Maryland Health Connection \_\_\_\_\_ Oficina de Audiencia Administrativa \_\_\_\_\_

#### ¿SE SUSCRIBIO A UN PLAN DE SEGURO MEDICO?

Nombre de Plan: \_\_\_\_\_ Tipo de Plan: \_\_\_\_\_

Numero de Membresía: \_\_\_\_\_

#### INFORMACION IMPORTANTE

1. **LA HEAU no le puede ayudar sin una Forma de Autorización de Representación firmada.** Por favor llene los cuadros 9-16 adjunto a la forma y firme y póngale fecha (Cuadros 18-19) y devuelva el formulario.

2. Si usted está apelando una determinación de subsidios de costo compartido o Crédito de Impuesto Anticipado a la Prima necesitaremos sus finanzas para ayudarle. Por favor mande cualquier información financiera para ayudar con su clamo. Por favor no mande ningún documento original.

3. Si usted está apelando una determinación de subsidios de costo compartido o Crédito de Impuesto Anticipado a la Prima necesitaremos obtener la información del IRS que uso Maryland Health Connection para tomar su decisión. Para poder obtener esa información necesitamos su permiso. Por favor firme la forma de Información de Impuestos y la devuelve. *Note: Esta forma no está finalizada hasta que haya sido aprobada por el IRS. Nosotros le mandaremos la forma cuando haya sido aprobada.*

4. La HEAU le puede ayudar a poner su apelación y puede negociar con Maryland Health Connection por usted antes de su audiencia. Desafortunadamente, si su caso va a una audiencia, la HEAU no le puede representar en la audiencia.

5. Una copia del formulario de Reclamo y cualquier documento que usted nos dé puede ser mandado al Maryland Health Connection y sus agentes autorizados. Si su reclamo debe ser referido a otro estado o agencia federal (i.e Administración de Seguros de Maryland, Departamento de Salud) mandaremos su reclamo a esa agencia. Al llenar su reclamo con esta oficina usted nos autoriza a mandar su reclamo a otro estado o agencia Federal si es apropiado.

6. Reclamos mandados a nuestra oficina se vuelven asuntos de record público. Sin embargo, todo o partes del reclamo pueden quedar confidencial como es requerido o permitido por la ley de recordó público de Maryland. Por ejemplo, en reclamos relacionados con cuidado de salud, información médica o psicológica no son divulgados al público. Información financiera no será divulgada.

#### FIRMA

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha de Hoy: \_\_\_\_\_

**Mande este formulario de reclamo, la Forma de Representación Autorizada, Notificación de MHC, Forma de Impuestos Federales (*esta forma no ha sido finalizada*), información financiera y cualquier otro documento vía correo, fax o correo electrónico al:**

Oficina del Fiscal General, La Unidad de Educación y Defensa de Salud  
200 St. Paul Place, 16<sup>th</sup> Floor  
Baltimore, MD 21202  
Fax: 410-576-6571

Correo Electrónico: [heau@oag.maryland.gov](mailto:heau@oag.maryland.gov)

Por favor NO mande documentos originales.

***Solo tiene 90 días de la fecha de la notificación de Maryland Health Connection para pedir una audiencia. Es muy importante que nos de sus documentos lo más pronto posible.***

## INTERCAMBIO DE BENEFICIOS DE SALUD DE MARYLAND

### FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN DE DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN

**COMPLETE TODAS LAS SECCIONES, ESCRIBA LA FECHA Y FIRME.**

I. Yo, \_\_\_\_\_, por la presente autorizo voluntariamente la divulgación de mi información personal identificable provista al Intercambio de Beneficios de Salud de Maryland (MHBE) en relación con mi solicitud de seguro de salud, créditos fiscales de pago adelantado, reducciones de costos compartidos u otros beneficios.

*Nombre en imprenta de la persona*

| II. La información debe ser revelada por | Y debe entregarse a                           |
|------------------------------------------|-----------------------------------------------|
| NOMBRE DE LA INSTALACIÓN                 | NOMBRE DE LA PERSONA/ORGANIZACIÓN/INSTALACIÓN |
| DIRECCIÓN                                | DIRECCIÓN                                     |
| CIUDAD/ESTADO                            | CIUDAD/ESTADO                                 |

**III. El propósito o la necesidad de esta divulgación es:**

- ☐ Uso personal
 ☐ Abogados
 ☐ Discapacidad
 ☐ Otro (especifique).
- ☐ Seguro
 ☐ Escuela

**IV. La información que se divulgará de mis solicitudes de inscripción: (Marque las casillas apropiadas).**

- ☐ Solo información relacionada con (especifique) \_\_\_\_\_
- ☐ Solo el período de eventos desde \_\_\_\_\_ hasta \_\_\_\_\_
- ☐ Otro (especifique). \_\_\_\_\_
- ☐ Registro completo
- ☐ Correspondencia escrita generada por MHBE relacionada con mi solicitud

**Si desea que no se divulgue cierta siguiente información confidencial, indique qué información:**

V. Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento presentando la revocación por escrito al conservador de registros de MHBE, excepto que ya se hayan tomado medidas en virtud de esta autorización. Si esta autorización se obtuvo como condición para obtener cobertura de seguro o una póliza de seguro, otra ley puede otorgar a la aseguradora el derecho de objetar un reclamo conforme a la póliza. Si esta autorización no se ha revocado, terminará un año después de la fecha de mi firma, a menos que se declare una fecha de vencimiento diferente o un *evento de vencimiento*.

\_\_\_\_\_  
(Especifique la fecha nueva).

Entiendo que MHBE no condicionará la elegibilidad para reducciones de ahorro de costos, créditos fiscales para primas adelantadas (APTC) u otros beneficios si proporciono esta autorización. Esta autorización se extiende solo a los registros generados por MHBE y no incluye los registros creados por terceros. Es mi responsabilidad solicitar los registros directamente a la parte generadora.

Entiendo que la información divulgada conforme a esta autorización puede estar sujeta a una nueva divulgación por parte del destinatario y puede no seguir protegida por la ley de Maryland y la Ley de Privacidad de 1974 [5 USC 552a].

|                                                                                         |       |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|-------|
| FIRMA DE LA PERSONA O EL REPRESENTANTE AUTORIZADO (Indique la relación con la persona). | FECHA |
| FIRMA DEL TESTIGO (Si la firma del individuo es la impresión del pulgar o una marca).   | FECHA |

Esta información se divulgará para los fines indicados anteriormente y no puede ser utilizada **ni divulgada otra vez** por el destinatario con cualquier otro propósito. Cualquier persona que a sabiendas y deliberadamente solicite u obtenga un registro sobre una persona de una agencia del estado con falsas pretensiones será culpable de un delito menor. **La siguiente información debe completarse en su totalidad para que MHBE divulgue la información solicitada.**

NOMBRE (apellido, nombre, inicial del segundo nombre)

Últimos 5 dígitos del número de seguro social del titular de la cuenta **O** número de identificación personal (PIN) de MHBE

DIRECCIÓN

FECHA DE NACIMIENTO (mm/dd/aaaa)

CALLE

CIUDAD, ESTADO Y CÓDIGO POSTAL