

Fecha de hoy: _____

Administración de Seguros de Maryland

FORMULARIO DE QUEJAS
Seguro de vida y de salud

Use este formulario para presentar una queja acerca de una empresa de seguros. La Administración de Seguros de Maryland (MIA, por sus siglas en inglés) es una agencia estatal independiente que regula la industria de seguros de Maryland y protege a los consumidores garantizando que las empresas de seguros y los planes de salud cumplen con las leyes de seguros.

1. Su información de contacto

Nombre: _____		Relación con el	
asegurado/paciente: _____			
Dirección: _____			
Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____			
Teléfono particular: (_____) _____		Teléfono laboral: (_____) _____	
Teléfono celular: _____		Correo electrónico: _____	
Información del asegurado/paciente (si difiere de la anterior)			
Nombre del asegurado: _____			
Dirección: _____			
Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____			
Teléfono particular: (_____) _____		Teléfono laboral: (_____) _____	
Teléfono celular: _____		Correo electrónico: _____	
¿Está autorizado a actuar en nombre del asegurado? ☐ Sí ☐ No			

2. Información del seguro

Empresa de seguros: _____						
Tipo de seguro:		☐ Pensión anual		☐ Seguro de Vida de Deudores/Incapacidad		
☐ Dental	☐ Incapacidad	☐ Salud	☐ HMO	☐ Vida	☐ Cuidado a largo plazo	☐ Medicaid
☐ Complemento de Medicare		☐ Medicare		☐ Otro: _____		
Tipo de póliza:		☐ Grupal		☐ Individual		☐ Desconocida
Si es grupal, nombre del titular de la póliza grupal: _____						
N.º de póliza o de miembro: _____			N.º de reclamo: _____			
Fecha de inicio del reclamo: _____						
¿Cómo adquirió la póliza? _____						
Nombre del productor (agente) (si corresponde): _____						
Dirección: _____						
Ciudad: _____		Estado: _____		Código postal: _____		
Número de teléfono: (_____) _____						
Adjunte una copia de su tarjeta o póliza de seguro, si estuviera disponible.						

☐ **Sí** ☐ **No**

Dirección:

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

4. Información del médico

Si su queja es sobre un reclamo o una autorización previa de atención de la salud que fueron denegados, incluya el nombre y la información de contacto del médico que le proporciona tratamiento:

Nombre:

Dirección: _____

Ciudad: Estado: Código postal:

Teléfono: () Número de fax: ()

5. Defina su problema

Seleccione todas las opciones que correspondan.

☐ Denegación de reclamo o de autorización previa

- Denegación basada en necesidad médica

□ Retrasos

- Problema de renuncia

☐ Pago de reclamo insatisfactorio

☐ Cancelación o denegación de renovación de la póliza

☐ Representación o manejo deficientes por parte del agente

☐ Continuación del seguro de salud

□ Problema de facturación

- Denegación a asegurar

☐ Servicio deficiente

□ Otro:

Explique brevemente el problema (use una hoja adicional si es necesario):

[illegible]

Si su queja es sobre un reclamo de atención médica o una denegación de autorización previa:

¿Apeló esta denegación? ☐ Sí ☐ No

¿Ya recibió la atención médica? ☐ Sí ☐ No

¿La atención médica se necesita de manera urgente? Si así fuera, explique los motivos a continuación.

☐ Sí ☐ No

6. Resolución

¿Qué medidas desea que tome la empresa de seguros? _____

¿Enviaré documentación de respaldo? ☐ Sí ☐ No

Si así fuera, **NO** envíe documentos originales, solo copias.

NOTA: Solicite al ASEGURADO/PACIENTE que firme la "Divulgación de información médica" que se envía adjunta, ya que es posible que necesitemos obtener registros médicos.

7. Envío de documentos

Después de completar este formulario, envíelo por correo postal o fax junto con los documentos de respaldo, como copias de las cartas de denegación de la empresa de seguros, registros médicos o cualquier otro registro que considere importante, a la siguiente dirección:

Maryland Insurance Administration

200 St. Paul Place, Suite 2700

Baltimore, Maryland 21202

Fax: 410-468-2260

O

410-468-2270 (para las quejas de necesidad médica)

¿Tiene alguna pregunta?

Comuníquese con la línea directa para clientes de seguros

al

1-800-492-6116

o al

410-468-2244

Autorización para la divulgación de información médica

Al firmar este formulario, deseo presentar una queja o autorizo a un proveedor de atención médica a que presente una queja en mi nombre, ante la Unidad de Educación y Defensoría de la Salud (HEAU, por sus siglas en inglés) de la Oficina del Ministerio Fiscal o ante la Administración de Seguros de Maryland (MIA).

Autorizo a la HEAU o a la MIA a comunicarse con mis proveedores de atención médica, mi empresa de seguros, la Organización del Mantenimiento de la Salud (HMO, por sus siglas en inglés) y con otras agencias gubernamentales estatales o federales, a fin de obtener registros médicos, registros de salud mental o de abuso de sustancias, o información de seguros relacionada con la queja presentada por mí o en mi nombre. Autorizo a mis proveedores de atención médica y empresas de seguros a divulgar registros médicos, registros de salud mental o de abuso de sustancias o información de seguros que sean relevantes con respecto a la queja presentada por mí o en mi nombre ante la HEAU o la MIA. Comprendo que mi tratamiento, pago, inscripción o elegibilidad para recibir beneficios según el plan de salud no pueden ser condicionados por el hecho de que firme esta autorización. No obstante, comprendo que la HEAU y la MIA no podrán procesar mi queja si no firmo esta autorización.

Autorizo a la HEAU o a la MIA a divulgar o a volver a revelar mis registros médicos y otra información relacionada con mi queja a mis proveedores de atención médica, mi empresa de seguros, la HMO y a otras agencias gubernamentales estatales o federales que pudieran colaborar en la resolución de mi queja. Autorizo a la HEAU a brindarme asistencia intercediendo en mi queja, presentando una queja formal o una apelación ante mi empresa de seguros, o presentando una queja ante la MIA u otra agencia gubernamental estatal o federal que pudiera colaborar en la resolución de mi queja.

Si mi queja es derivada a la MIA o presentada ante esta, autorizo a la MIA a divulgar mis registros médicos a mis proveedores de atención médica, mi empresa de seguros, la HMO, a organizaciones de revisión independientes, a expertos médicos y a otras agencias gubernamentales o contratistas que pudieran colaborar en la resolución de mi queja.

Existe la posibilidad de que la información proporcionada se vuelva a revelar en el proceso de investigación de la queja y de toma de medidas requeridas como resultado de la investigación de la queja, en cuyo caso es posible que la información ya no esté amparada por la ley federal de protección de privacidad. Comprendo que la información acerca de mi experiencia puede ser utilizada para crear información estadística sobre el mercado de la atención de la salud en Maryland o para examinar la calidad de atención de una HMO, pero que se protegerá la confidencialidad de mi identidad y de mis registros médicos, de conformidad con la ley federal de Maryland.

Esta autorización es válida durante un año. Será revocada automáticamente una vez que la queja se haya resuelto. Comprendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento por medio de una notificación a la Unidad de Educación y Defensoría de la Salud o a la Administración de Seguros de Maryland, en caso de que mi queja haya sido derivada o presentada ante la MIA, que me proporcionarán un formulario que deberé firmar para confirmar la revocación. Se entregará una copia de la revocación a las partes que recibieron esta autorización. Comprendo que la revocación no corresponderá en el caso de que un proveedor de atención médica o una empresa de seguros haya actuado de conformidad a esta autorización.

FIRMA(S) EN LA PRÓXIMA PÁGINA

Firma	Fecha
Relación: Si la persona que firma esta divulgación no es el paciente, indique la relación que tiene con el paciente.	
Nombre del paciente	Fecha de nacimiento del paciente
N.º de membresía del seguro de salud del paciente	
TENGA EN CUENTA: Todos los pacientes de 18 años y mayores deben firmar ellos mismos este formulario de consentimiento, a menos que tengan un tutor legal, un representante personal, que estén incapacitados o que de otra manera hayan delegado la autoridad para completar este formulario. Si así fuera, la persona que firma debe presentar por escrito prueba de la tutela, la representación, la incapacidad o de cualquier otra delegación de autoridad junto con este formulario de consentimiento. Uno de los padres o un tutor legal debe firmar en nombre de un menor no emancipado, excepto en ciertas circunstancias. Cuando la ley de Maryland permite a una persona menor de 18 años brindar su consentimiento para recibir tratamiento médico sin el consentimiento de los padres o del tutor legal, solamente se necesita la firma del paciente.	