

Otros formatos e idiomas

Puede obtener este documento en otros idiomas, en letra grande, en braille o en el formato que usted prefiera de forma gratuita. Comuníquese con Explore Health por correo electrónico a explorehealth@oha.oregon.gov o por teléfono al 855-268-3767 (voz). Aceptamos llamadas por servicio de retransmisión.

Formulario de solicitud de apelación del consumidor de Explore Health

Derechos de apelación e instrucciones para presentar una solicitud de apelación ante Explore Health

¿Cuáles son sus derechos?

Tiene derecho a apelar cualquier **decisión definitiva de elegibilidad** para el seguro médico de Explore Health. Puede apelar la decisión de Explore Health de denegar, rescindir o modificar:

- Su elegibilidad para comprar un seguro médico a través de Explore Health.
- El crédito fiscal para primas para el que es elegible, incluido el monto en dólares de los créditos fiscales anticipados para primas (advance premium tax credits, APTC) que puede solicitar durante el año.
- Las reducciones de costos compartidos (cost-sharing reductions, CSR) para las que es elegible, incluido su nivel de CSR.
- Su posibilidad de inscribirse en un plan o cambiar de plan a través de Explore Health fuera del período de inscripción abierta.
- La cobertura que puede comprar porque Explore Health determinó que no presentó documentos para verificar la información de su solicitud.
- Una decisión oportuna sobre su elegibilidad después de solicitar cobertura.

¿Cuál es el plazo para presentar su solicitud de apelación?

Dispone de noventa (90) días a partir de la fecha de la decisión definitiva sobre la elegibilidad para presentar una solicitud de apelación.

Tenga en cuenta lo siguiente: Si necesita atención médica de inmediato y una demora pudiera poner seriamente en riesgo su salud, puede solicitar una revisión acelerada (más rápida) de la apelación (consulte el Paso 3).

¿Cómo presenta su solicitud de apelación?

Su solicitud de apelación debe incluir su nombre, dirección y el motivo detallado por el que considera que la determinación de elegibilidad de Explore Health es errónea. Si solicita una apelación para otra persona (por ejemplo, su hijo), incluya también su nombre. Cualquier decisión sobre su elegibilidad puede afectar la elegibilidad de otras personas de su hogar.

Todas las apelaciones contra las acciones de Explore Health se rigen por los artículos 155.500 a 155.555 del título 45 del Código de Regulaciones Federales (Code of Federal Regulations, CFR).

¿Dónde debe presentar su formulario de solicitud de apelación?

Puede presentar su solicitud de apelación por correo electrónico, correo postal de EE. UU. o fax.

- **Nota:** Las apelaciones de exenciones por dificultades económicas y falta de asequibilidad de Explore Health se tramitan a través de [HealthCare.gov](https://www.healthcare.gov). Puede solicitar asistencia adicional llamando al Centro de Apelaciones de HealthCare.gov al 855-231-1751, de lunes a viernes, de 7 a. m. a 8:30 p. m., hora del este.
- No envíe documentos originales. Los documentos se conservarán durante un máximo de 60 días y se destruirán después de cargarlos en el portal del consumidor.
- Conserve una copia del formulario completado para sus registros.

En línea	Correo postal	Fax
Para agilizar el procesamiento, cargue este documento en su cuenta en línea en ExploreHealthOR.gov .	Explore Health PO Box 191 Salem, OR 97308	888-705-8691

¿Cuáles son los siguientes pasos tras presentar su solicitud de apelación?

1. Revisión de la validez

Explore Health decidirá si su solicitud de apelación es válida. Solo puede presentar una apelación sobre determinados problemas según la normativa federal. Su solicitud de apelación se desestimará de forma presuntiva (lo que también se conoce como “cerrar la apelación”) si Explore Health determina que no es válida. Usted recibirá una carta con esta información. Tendrá la oportunidad de actualizar su solicitud de apelación con un motivo válido y anular la desestimación (lo que también se conoce como “reabrir la apelación”). Explore Health le proporcionará información sobre otras formas de resolver su problema, si es posible.

2. Revisión informal

En el caso de las solicitudes de apelación válidas, un representante de Explore Health se

pondrá en contacto con usted para tratar el asunto objeto de la apelación. Esto se conoce como resolución informal. Muchas apelaciones pueden cerrarse mediante una resolución informal. Suele ser la forma más rápida de resolver su problema. Revise su teléfono, buzón de voz y correo electrónico. El representante de Explore Health le explicará sus opciones. Puede optar por no hablar sobre una resolución informal. No tiene que aceptar el resultado de la resolución informal. Su apelación se desestimarán si acepta que su problema se ha resuelto.

3. Revisión formal

Algunos problemas no se resuelven mediante la revisión informal. En este caso, su apelación se remitirá al equipo de apelaciones de Explore Health. El equipo revisará toda la información que haya facilitado en el formulario y los documentos adicionales. Si es necesario, el equipo se pondrá en contacto con usted para hablar acerca de su apelación y recabar más información. Un especialista en apelaciones tomará una decisión sobre su caso y le enviará una resolución por escrito. También podrá consultar el resultado de su apelación en el Portal del solicitante. En la notificación también se le indicarán las opciones que tiene disponibles si no está de acuerdo con la decisión.

¿Cómo puede finalizar o retirar una apelación antes de tiempo?

Puede retirar (cancelar) su apelación en cualquier momento antes de que el equipo de apelaciones emita una decisión definitiva por escrito. Puede retirar su apelación a través del Portal del solicitante, por fax o por correo postal de EE. UU., utilizando la información de contacto que figura en la página 2, en el apartado “Where should you submit your appeals form? (¿Dónde debe presentar su formulario de apelación?), e indicar que desea retirar su apelación. También puede retirar su apelación llamando al Centro de Atención al Cliente de Explore Health al 855-268-3757 (se aceptan llamadas por servicio de retransmisión).

¿Necesita ayuda con una solicitud de apelación? Puede designar a un representante autorizado.

Tiene derecho a elegir a un representante autorizado, incluido un abogado, para que le ayude con su apelación. Se trata de una persona de confianza que cuenta con su autorización para hablar con nosotros sobre su apelación, consultar su información y actuar en su nombre en asuntos relacionados con su apelación, lo que incluye recibir información sobre usted y firmar la solicitud de apelación en su nombre.

Los socios de inscripción (asistentes y agentes de seguros) no pueden ser designados como representantes autorizados. Puede asignarlos a su cuenta a través de ExploreHealthOR.gov para que le ayuden con su apelación; de este modo, podrán hacer un seguimiento de su caso y ayudarlo mediante el acceso a su cuenta a través del Portal de socios.

Si desea que un representante autorizado le ayude con su solicitud, complete y envíe el Formulario de representante autorizado, disponible en ExploreHealthOR.gov.

Paso 1: Identifique quién presenta la apelación

En las secciones siguientes, incluya ÚNICAMENTE a las personas (o al solicitante principal, si corresponde) de su solicitud de Explore Health cuyos resultados de elegibilidad está apelando.

Persona principal que presenta la apelación en la solicitud

(o el solicitante principal si la persona que presenta la apelación es un dependiente)

ID del hogar:

Nombre (nombre, segundo
nombre, apellido):

Fecha de nacimiento
(mm/dd/aaaa):

Correo electrónico:

Número de teléfono
particular:

Número de teléfono móvil:

☐ Enviarme alertas importantes a mi teléfono móvil. Pueden aplicarse las tarifas habituales de mensajes.

Dirección:

Ciudad, estado y código
postal:

Dirección postal:

(Si es diferente de la dirección
particular, indique la
dirección postal).

Ciudad, estado y código
postal:

Método de comunicación preferido (seleccione uno):

☐ Electrónico (notificaciones enviadas a un buzón seguro o por correo electrónico)

☐ En papel (notificaciones enviadas al domicilio o a la dirección postal)

Idioma escrito preferido:

Idioma oral preferido:

Si otras personas incluidas en su solicitud apelan los resultados de su elegibilidad, complete sus datos a continuación.

Incluya ÚNICAMENTE a los solicitantes de su solicitud de Explore Health cuyos resultados de elegibilidad se estén apelando. Si el solicitante que presenta la apelación es un dependiente

del solicitante principal, incluya aquí sus datos. Nota: El resultado de una apelación podría modificar la decisión sobre la elegibilidad de otros miembros de su unidad familiar, incluso si estos no apelan sus propias decisiones de elegibilidad.

Nombre (nombre, segundo nombre, apellido):

Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa):

Relación con el solicitante principal:

Nombre (nombre, segundo nombre, apellido):

Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa):

Relación con el solicitante principal:

Nombre (nombre, segundo nombre, apellido):

Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa):

Relación con el solicitante principal:

Nombre (nombre, segundo nombre, apellido):

Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa):

Relación con el solicitante principal:

Nombre (nombre, segundo nombre, apellido):

Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa):

Relación con el solicitante principal:

Nombre (nombre, segundo nombre, apellido):

Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa):

Relación con el solicitante principal:

Relación con el solicitante principal:

Paso 2: Indique por qué presenta una apelación

N.º de solicitud (que figura en la primera página de la notificación):

Fecha de la notificación de elegibilidad (mm/dd/aaaa):

Seleccione el motivo o los motivos por los que apela el resultado de su elegibilidad. Seleccione todas las opciones que correspondan.

Apelaciones sobre la elegibilidad

- ☐ Explore Health determinó que yo u otro solicitante no éramos elegibles para recibir cobertura.
- ☐ Explore Health determinó que yo u otro solicitante no éramos elegibles para recibir ayuda financiera (incluido un crédito fiscal para primas [premium tax credit, PTC] o reducciones de costos compartidos [CSR]).
- ☐ No estoy de acuerdo con el monto de la ayuda financiera (incluidos el PTC o las CSR) para la que se determinó que yo u otro solicitante éramos elegibles.
- ☐ Explore Health determinó que mis ingresos eran demasiado bajos para recibir ayuda financiera.
- ☐ Explore Health denegó mi solicitud de un período de inscripción especial o determinó que no demostré que se hubiera producido un viento de vida calificado.
- ☐ Explore Health no tomó una decisión oportuna sobre mi elegibilidad.

Apelaciones por error administrativo

- ☐ Explore Health no procesó mi solicitud o información de manera oportuna.
- ☐ Explore Health no tomó una decisión oportuna sobre mi elegibilidad.
- ☐ Explore Health indicó que no completé mi solicitud a tiempo y que no pude solicitar cobertura fuera del período de inscripción abierta.
- ☐ Explore Health retiró mi ayuda financiera porque no presenté los documentos de verificación a tiempo.

Apelaciones para el restablecimiento de la cobertura

- ☐ Mi cobertura finalizó debido a un error de Explore Health, un asistente o un agente de seguros (no incluye el restablecimiento de la cobertura debido a que la compañía de seguros la canceló por falta de pago)

Otros asuntos que no se pueden apelar

Si presenta una apelación por alguno de los siguientes motivos:

- Restablecimiento de la cobertura porque su compañía de seguros canceló su cobertura por falta de pago
- Errores de facturación
- Reclamaciones no tramitadas o denegadas
- Cancelación retroactiva de la cobertura

Explore Health no puede tramitar su solicitud de apelación. Deberá ponerse en contacto con su compañía de seguros para obtener ayuda. Es probable que estas solicitudes de apelación se desestimen por no ser válidas. Aunque Explore Health aún podría resolver su problema, estas cuestiones no pueden resolverse mediante una solicitud de apelación. Consulte las preguntas frecuentes de Explore Health sobre cómo apelar una decisión de su compañía de seguros.

Paso 3: Explique con más detalle por qué solicita esta apelación

Utilice papel adicional si es necesario. Si incluye documentos para respaldar su solicitud, proporcione una copia de cada documento. Conserve todos los documentos originales.

[illegible]

Paso 4: Indique qué espera obtener de esta solicitud de apelación (es decir, ¿cuál es el resultado que desea?)

Utilice papel adicional si es necesario. Si incluye documentos para respaldar su solicitud, proporcione una copia de cada documento. Conserve todos los documentos originales.

Paso 5. Documentos de respaldo

Para ayudar a Explore Health a procesar su solicitud de apelación, consulte la tabla siguiente, que muestra ejemplos de los tipos de documentos que puede presentar junto con su solicitud de apelación. Envíe copias, no documentos originales, ya que Explore Health no podrá devolver los documentos enviados. Escriba su nombre y apellido en todos los documentos que envíe junto con su solicitud de apelación.

Ejemplo de motivo por el que presenta una apelación	Ejemplos de documentos de respaldo que puede incluir con su solicitud de apelación
Perdió la ayuda financiera para su cobertura de Explore Health porque Explore Health le informó que no presentó documentos que acreditaran los ingresos de su hogar.	<ul style="list-style-type: none">• Declaraciones de impuestos (por ejemplo, 1040, 1040A, 1040EZ)• Recibos de sueldo, formularios W-2 o 1099• Libros de contabilidad de trabajo por cuenta propia (incluidos el nombre de la persona que percibe los ingresos, el nombre de la empresa, las fechas en que se recibieron los ingresos y el monto neto de las ganancias o pérdidas)

	<ul style="list-style-type: none"> • Estados de cuenta de beneficios del Seguro Social
<p>Perdió la ayuda financiera para su cobertura de Explore Health porque Explore Health le informó que no presentó documentos que acreditaran que no era elegible para otros tipos de cobertura de salud.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Plan de Salud de Oregon (Oregon Health Plan, OHP): carta del Departamento de Servicios Humanos de Oregon (Oregon Department of Human Services, ODHS) o de la Oregon Health Authority (Oregon Health Authority, OHA) en la que se indique que no es elegible para el OHP • Departamento de Asuntos de Veteranos (Department of Veterans Affairs, VA): carta del VA en la que se indique que no está inscrito en una cobertura de salud • Cobertura del empleador (incluida COBRA): carta de la compañía de seguros de salud o del empleador en la que se indique que no era elegible o que muestre información sobre la finalización de la cobertura • TRICARE: carta de la Agencia de Salud del Departamento de Defensa en la que se indique que no es elegible para una cobertura de salud • Cuerpo de Paz: carta del Cuerpo de Paz en la que se indique que no es elegible para una cobertura de salud • Medicare: carta de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS) o de la Administración del Seguro Social (Social Security Administration, SSA) en la que se indique que no es elegible para Medicare
<p>Perdió su cobertura porque Explore Health le informó que no presentó documentos que acreditaran su ciudadanía o estado de inmigración.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Tarjeta de residente permanente (I-551) • Tarjeta de autorización de empleo (I-766) • Pasaporte de Estados Unidos o pasaporte extranjero vigente • Licencia de conducir o identificación estatal junto con un certificado de nacimiento de EE. UU. • Aviso de acción (I-797) • Registro de salida (I-94) • Certificado de ciudadanía (N-560/N-561) • Tarjeta de indígena de América del Norte (I-872) • Registros escolares que muestren el nombre del menor y su lugar de nacimiento en EE. UU., junto con una identificación escolar con fotografía

Explore Health le informó que no era elegible para inscribirse o cambiar de plan fuera del período de inscripción abierta.	<p>El motivo por el que considera que debería poder inscribirse es uno de los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Perdió o perderá la cobertura: carta de la compañía de seguros o del organismo que administraba el seguro en la que se indique el último día de cobertura • Se le denegó el OHP: carta de denegación o cancelación por parte del ODHS • Se casó: certificado de matrimonio, licencia de matrimonio o declaración jurada firmada • Tuvo un bebé, adoptó a un menor o colocó a un menor en acogida familiar: certificado de nacimiento, registros hospitalarios, certificado de adopción, orden de manutención infantil o resolución judicial • Se mudó de forma permanente: licencia de conducir, identificación estatal, contrato de alquiler, recibo de pago hipotecario o factura de servicios públicos
--	---

Paso 6. Continuación de la ayuda financiera durante la apelación

Si presentó una solicitud de apelación contra una nueva determinación de elegibilidad que modifica o elimina su elegibilidad para recibir ayuda financiera, puede solicitar mantener dicha ayuda mientras se revisa su apelación. Si decide hacerlo y ha presentado una solicitud de recurso válida, Explore Health volverá a aplicar su ayuda financiera a partir del primer día del mes en el que se le retiró o modificó dicha ayuda. Si decide conservar su ayuda financiera, deberá seguir pagando su prima.

Marque uno:

- ☐ Perdí mi crédito fiscal anticipado para primas (advance premium tax credit, APTC) o perderé mi APTC pronto.
- ☐ No perderé mi APTC, pero apelo el monto del APTC o el nivel de reducción de costos compartidos (cost-sharing reduction, CSR). Quiero que mi ayuda económica se mantenga sin cambios mientras se revisa mi apelación.

☐ Perdí mi APTC y, como consecuencia, mi cobertura finalizó o finalizará por falta de pago a mi compañía de seguros.

Coloque sus iniciales en cada uno de los siguientes puntos para solicitar un período de inscripción continua durante la revisión de la apelación.

____ Al firmar el formulario a continuación, solicito mantener mi cobertura mientras se revisa mi apelación.

___ Entiendo que debo abonar mis primas mensuales durante el proceso de revisión.

____ Entiendo que, si no realizo los pagos, perderé la cobertura o los miembros de mi familia la perderán.

____ Entiendo que, si recibo un monto excesivo del APTC durante el año, incluso durante el período de inscripción continua, tendré que devolver al Servicio de Impuestos Internos (Internal Revenue Service, IRS) el crédito fiscal para primas recibido en exceso cuando presente mi declaración federal de impuestos sobre los ingresos correspondiente a ese año.

Paso 7: ¿Necesita una apelación acelerada (más rápida)?

Si necesita atención médica de inmediato y una demora podría poner en peligro su vida, su salud o su capacidad para alcanzar, mantener o recuperar el máximo nivel de funcionamiento, puede solicitar una revisión acelerada (más rápida) de su apelación.

☐ No, no necesito que se acelere la decisión sobre la apelación.

☐ Sí, necesito que se acelere la decisión sobre la apelación.

Si seleccionó “Sí” anteriormente, explique el motivo por el que solicita una resolución acelerada de la apelación. Utilice papel adicional si es necesario. Si incluye documentos para respaldar su solicitud, proporcione una copia de cada documento. Conserve todos los documentos originales.

[illegible]

Paso 8: Indique si necesita servicios de idioma o de accesibilidad

Si necesita servicios de interpretación de idioma o adaptaciones debido a una discapacidad, seleccione los servicios que necesite durante el proceso de apelación y marque las casillas correspondientes. Seleccione todas las opciones que correspondan.

- ☐ Representante que habla español
- ☐ Traducción del aviso lingüístico al español
- ☐ Asistencia en otro idioma. Explique: _____
- ☐ Línea de servicios de teletipo
- ☐ Avisos en letra grande
- ☐ Otro. Explique: _____

Paso 9: Firme

Al firmar esta sección, autoriza a Explore Health a utilizar y compartir información fiscal federal y de la Administración del Seguro Social durante una apelación. Todos los contribuyentes (personas de su unidad familiar mayores de 18 años) identificados en su solicitud, o sus representantes autorizados (si corresponde), deben firmar este formulario.

Durante el proceso de apelación, es posible que tengamos que compartir con usted o con su representante autorizado la información que Explore Health utilizó para determinar su elegibilidad. Esta información podría incluir información sobre su empleo o sus ingresos por parte de una agencia de informes del consumidor, información sobre los ingresos que recibe de la Administración del Seguro Social o información fiscal federal del Servicio de Impuestos Internos sobre los miembros de su hogar, incluida la información de su última declaración federal de impuestos sobre los ingresos. Explore Health no puede compartir con un representante autorizado ni con otras personas, sin su consentimiento, información sobre el impuesto federal sobre los ingresos ni información sobre los beneficios mensuales y anuales del Seguro Social conforme al título II de la Ley del Seguro Social, procedente de la Administración del Seguro Social. Para otorgar permiso a Explore Health, firme a continuación.

Declaración de reconocimiento

Entiendo que, al completar, firmar y fechar a continuación, autorizo a Explore Health a divulgar a las personas cuyas firmas figuran a continuación, así como a cualquier representante autorizado, toda información fiscal federal de mi expediente de elegibilidad que haya proporcionado el Servicio de Impuestos Internos. Asimismo, doy mi consentimiento para que Explore Health divulgue a estas mismas personas la información sobre mis beneficios mensuales y anuales del Seguro Social conforme al título II de la Ley del Seguro Social, junto con otra información de mi expediente de elegibilidad de Explore Health

recopilada a partir de la solicitud que completé (o que se completó en mi nombre) o en la que figuraba como miembro del hogar, y de otras fuentes de datos, como la verificación de ingresos y empleo de una agencia de informes del consumidor, que se utilizaron para tomar una decisión sobre mi elegibilidad para Explore Health.

Entiendo que puedo solicitar una copia de mi expediente de apelación de elegibilidad de Explore Health durante el proceso de apelación.

Todos los contribuyentes del hogar deben dar su consentimiento para la divulgación de su propia información fiscal federal y de la información sobre los beneficios mensuales y anuales del Seguro Social conforme al título II de la Ley del Seguro Social. Al firmar a continuación, autoriza a Explore Health a compartir esta información con un representante autorizado, si se designó uno anteriormente.

La autorización es válida hasta que ocurra una de las siguientes situaciones:

- se resuelva la apelación; o
- notifique por escrito que desea retirar de esta apelación a uno o a todos sus representantes autorizados.

Firmo este formulario bajo pena de perjurio. Esto significa que, a mi leal saber y entender, brindé respuestas verdaderas, correctas y completas a todas las preguntas de este formulario. Conforme a la ley federal, comprendo que, si proporciono información falsa o incorrecta, puedo estar sujeto a sanciones o ser responsable de los sobrepagos.

- Entiendo que, conforme a la ley federal, no se permite la discriminación por motivos de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad, religión o sexo (incluidos el embarazo, la orientación sexual y la identidad de género). Puedo presentar una queja por discriminación en <https://www.oregon.gov/oha/ei/pages/public-civil-rights.aspx>.

Firma del solicitante principal:	_____
Fecha de la firma (mm/dd/aaaa):	_____
Nombre en letra de imprenta:	_____
Firma del contribuyente adicional:	_____
Fecha de la firma (mm/dd/aaaa):	_____
Nombre en letra de imprenta:	_____
Firma del contribuyente adicional:	_____
Fecha de la firma (mm/dd/aaaa):	_____
Nombre en letra de imprenta:	_____

Firma del contribuyente

adicional:

Fecha de la firma

(mm/dd/aaaa):

Nombre en letra de imprenta:

Explore Health: Mercado de Seguros Médicos de Oregon

PO Box 191

Salem, OR 97308

855-268-3767 (se aceptan llamadas por servicio de retransmisión)

Espanol.ExploreHealthOR.gov

