

**CANDACE McLAREN LANHAM**  
*Chief Deputy Attorney General*

**CAROLYN A. QUATTROCKI**  
*Deputy Attorney General*

**LEONARD J. HOWIE III**  
*Deputy Attorney General*

**CHRISTIAN E. BARRERA**  
*Chief Operating Officer*

**ZENITA WICKHAM HURLEY**  
*Chief, Equity, Policy, and Engagement*

**PETER V. BERNS**  
*General Counsel*



**WILLIAM D. GRUHN**  
*Chief*  
Consumer Protection Division

**ANTHONY G. BROWN**  
*Attorney General*

STATE OF MARYLAND  
**OFFICE OF THE ATTORNEY GENERAL**  
CONSUMER PROTECTION DIVISION

Estimado Consumidor,

Gracias por ponerse en contacto con la Unidad de Educación y Defensa de Salud sobre un reclamo en contra un proveedor médico, o aseguradora.

Adjunto encontrara un formulario de reclamo y una autorización médica para poder obtener información ya sea médico o de seguro. Para poder empezar a trabajar en su reclamo, vamos a necesitar lo siguiente:

- Formulario de queja completado;
- Copias de facturas y notificaciones de colecciones que haya recibido;
- Copias de todos los documentos del seguro y declaraciones relacionadas con este reclamo;
- Copias de toda la correspondencia con cualquier compañía, doctor, hospital, aseguradora u otro proveedor involucrado en este reclamo; y
- Autorización firmada y con fecha para obtener su información médica. (Este formulario es necesario para obtener información relacionada con su reclamo y para liberarla según sea apropiado. Por ejemplo, es posible que necesitemos obtener registros de su proveedor, pasar los registros médicos a la compañía de seguros o quizás necesitemos referir su caso a otra agencia.)

***El no devolver el formulario de Autorización Medica firmada puede resultar en el cierre de su caso.***

Por favor mándenlos los materiales mencionados arriba por fax al (410) 576-6571, o por correo electrónico a [HEAU@oag.state.md.us](mailto:HEAU@oag.state.md.us), o por correo al:

Office of the Attorney General  
Health Education and Advocacy Unit  
200 St. Paul Place, 16<sup>th</sup> Floor  
Baltimore, MD 21202

Una vez que hayamos recibido sus materiales, su caso será asignado a un miembro de nuestro personal por orden de llegada. Usted será contactado por su mediador o abogado público ya cuando hayamos asignado su caso.

Por favor revise la información adjunta que explica el proceso de reclamaciones nuestros procedimientos. Si tiene alguna pregunta o desea verificar el estado de su reclamo, no dude en ponerse en contacto 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.

Gracias,

Unidad de Educación y Defensa de la Salud

## ¿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?

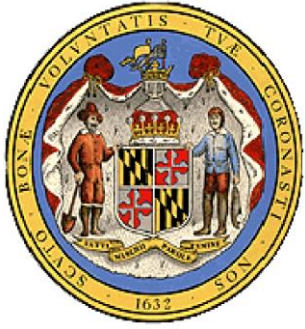
Si no podemos resolver su queja a través de la mediación, existen otras alternativas disponibles para usted. Si su queja es apropiada para arbitraje, podemos pedirle a usted y a la empresa que acepten enviar el problema al programa de arbitraje vinculante de nuestra oficina. Es posible que desee continuar con el asunto en la corte de reclamos menores o con un abogado privado. **ESTA OFICINA NO PUEDE REPRESENTARLO ANTE LA CORTE NI ACTUAR DE OTRO MODO COMO SU ABOGADO.** Si nuestros esfuerzos de mediación no tienen éxito, cerraremos su archivo de queja.

## **¿Qué pasa si la empresa infringe la ley?**

Regularmente revisamos las quejas que llegan a nuestra oficina y las mantenemos archivadas durante varios años. Si encontramos un patrón de quejas, los abogados de la División de Protección al Consumidor revisarán la información y considerarán una acción de ejecución. De los miles de quejas que recibimos cada año, un pequeño porcentaje involucrará problemas que perseguimos utilizando nuestra autoridad de aplicación. Nuestros abogados actúan para hacer cumplir la ley, pero no representan a consumidores individuales en acciones contra empresas.

## **¿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**  
**División de Protección al Consumidor**  
**Unidad de Educación y Defensa de Salud**  
**200 Saint Paul Place, Piso 16**  
**Baltimore, Maryland 21202-2021**

**Línea Directa a la Defensa de Salud**

**(410) 230-1712**

**Línea Gratuita 1-877-261-8807**

**Fax (410) 576-6571**

**10:00 a.m. hasta las 2:00 p.m.**  
**Lunes – Viernes**

## Formulario de Reclamaciones del Consumidor

**INFORMACION DEL PACIENTE:** Por favor complete la siguiente información en relación con el **PACIENTE** con el problema.

Nombre del Paciente (Apellido, Nombre, inicial del segundo nombre)	
Dirección	
Cuidad, Estado, Código Postal	
Número telefónico de día	
Número telefónico por la tarde	
Fecha de nacimiento del paciente	
Correo Electrónico	

**PERSONA HACIENDO EL RECLAMO:** Por favor complete la siguiente información de la persona haciendo el reclamo

Nombre (Apellido, Nombre, inicial del Segundo nombre)	
Dirección	
Cuidad, Estado, Código Postal	
Numero Telefónico de día	

Numero Telefónico por la tarde	
Correo Electrónico	
Relación al Paciente	

**INFORMACION DEL PROVEEDOR DE SALUD: Por favor complete la siguiente informacion en relacion del proveedor de salud o negocio involucrado en el reclamo.**

Nombre del proveedor de salud o Negocio	
Dirección	
Cuidad, Estado, Código Postal	
Número de teléfono y de fax	
Correo Electrónico/ Pagina web	
Persona para contactar en la relación con el reclamo	

**INFORMACION DEL SEGURO: Por favor complete la siguiente información solo si su reclamo involucra una compañía de seguro. (Copias de las tarjetas de seguro son aceptables.**

Seguro Primario	
Dirección	
Cuidad, Estado, Código Postal	
Número Telefónico	
Asegurado	
Numero de Póliza	
Día Efectivo	
Este reclamo concierne una póliza de Intercambio/ Mercado	SI NO NO SE

Esta póliza es por parte de su empleador	SI NO
<b>Por favor incluya una copia de cualquier correspondencia usted haya recibido por parte de su aseguradora.</b>	
<b>👉 NO MANDE SUS ORIGINALES</b>	

**\*\*Si otros proveedores de salud, negocios, o aseguradoras están involucrados en el reclamo, por favor aporte la misma información como pedido arriba por cada proveedor de salud/ negocio/ o aseguradora adicional.**

### **INFORMACION DEL RECLAMO**

Por favor incluya una copia firmada de la Autorización Médica y copias de todas las facturas, recibos, explicación de beneficios del seguro (EBOs), tarjetas del seguro y cualquier otro papel relacionado con su reclamo. Tener copias de documentos relevantes nos permitirá asistirlo más rápido.

**¿Ha recibido el servicio, cuidado o producto?** \_\_\_\_\_

**¿Entonces cuando recibió el servicio, cuidado o producto?** \_\_\_\_\_

**¿Qué tipo de producto o servicio está involucrado en la disputa?**

**Por favor díganos de su problema.**

**¿Cómo le ha respondido el negocio? ¿Con quién hablo?**

**¿Qué le gustaría que haga la aseguradora, proveedor o negocio para solucionar su reclamo?**

**¿Hay algo adicional que quiera agregar?**



## Autorización para la Divulgación de Información Médica

Al firmar este formulario, Yo, ya sea presentar un reclamo, o Yo, autorizo a un proveedor de salud médica a que presente un reclamo en mi nombre, ante la Unidad de Educación y Defensa de la Salud (HEAU por sus siglas en ingles) de la Oficina de la Procuraduría y/o a la Administración de Seguros de Maryland (MIA por sus siglas en inglés.)

Yo autorizo a la HEAU y/o a la MIA que se comuniquen con mi proveedor de salud médica, mi compañía de seguro, HMO, y con otras agencias de gubernamentales estatal o federal, para obtener registros médicos, registros de salud mental o de abuso de sustancias, y/o información de seguro relacionado con el reclamo presentada por mi o en mi nombre. Yo autorizo a mis proveedores de salud médica y compañía de seguro a divulgar registros médicos, registros de salud mental o de abuso de sustancias o información de seguros que sean relevantes al reclamo presentada por mi o en mi nombre ante la HEAU o/a la MIA. Yo comprendo que mi tratamiento, pagos, inscripción, o elegibilidad para beneficios bajo su plan de salud no pueden ser cambiados al firmar esta Autorización. Sin embargo, comprendo que la HEAU y la MIA no podrán procesar mi reclamo si no firmo esta autorización.

Yo autorizo a la HEAU y/o la MIA a divulgar o mis registros médicos y otra información relacionada con mi reclamo a mis proveedores de salud médica, mi compañía de seguro, HMO, y otras agencias de gubernamental estatal o federal que pudiera colaborar en la resolución de mi reclamo. Yo autorizo a la HEAU que me ayude por medios de mediación, presentando un reclamo o una apelación ante mi compañía de seguro, o presentando un reclamo ante la MIA u otra agencia gubernamental estatal o federal que pudiera colaborar en la resolución de mi reclamo.

Si mi reclamo es derivada o presentada con la MIA, Yo autorizo a la MIA a divulgar mis registros médicos a mis proveedores de salud médica, mi compañía de seguro, HMO, organizaciones de revisión independientes, expertos médicos, y otras agencias gubernamentales o contratistas que pudieran colaborar en la resolución de mi reclamo.

Existe el potencial de que la información proporcionada se vuelva a revelar en el proceso de investigación de reclamo y perseguir cualquier acción que sea requerida como resultado de la investigación de su reclamo, en cuyo caso es posible que la información ya no esté amparada por la ley federal de protección de privacidad. Yo comprendo que la información sobre mi experiencia puede ser utilizada para desarrollar información estadística sobre el mercado de salud médica en Maryland o para examinar la calidad del cuidado de un HMO, pero la confidencialidad de mi identidad y mis registros médicos estarán protegidos con la ley Estatal de Maryland y la ley Federal.

**Esta autorización es válida por un año. Será revocada automáticamente una vez que el reclamo se haya resuelto. Yo comprendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento notificando a la Unidad de Educación y Defensa de la Salud o a la Administración de Seguros de Maryland, en caso de que mi reclamo haya sido derivada o presentada ante la MIA, que me proporcionarán un formulario que deberé firmar confirmando la revocación. Se entregará una copia de la revocación a cada partido que haya recibido esta Autorización. Yo comprendo que la revocación no aplicará si un proveedor de salud y/o la compañía de seguro haya tomado acción con respeto a esta autorización.**

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Relación: Si la persona firmando esta divulgación no es el paciente, por favor indique su relación con el paciente.

\_\_\_\_\_  
Nombre del Paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento del paciente

\_\_\_\_\_  
Numero de Membresía de Seguro Médico del paciente

**TENGA EN CUENTA:** Todos los pacientes de 18 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. En ese caso, 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 tutor legal debe firmar en nombre de un menor no emancipado, excepto en ciertas circunstancias. Donde 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.