

Mercado de Seguros Médicos



Conozca sus derechos en el Mercado de Seguros Médicos

Tiene ciertos derechos cuando se inscribe en un plan de salud del Mercado. Estos derechos incluyen:

- Obtener información directa sobre lo que cubre su plan, lo que paga por los servicios, qué medicamentos recetados cubre y qué proveedores están dentro de su red.
- Obtener cobertura para servicios de emergencia
- Solicitar cobertura para un medicamento recetado que su plan normalmente no cubre
- Apelar la decisión de un plan de salud de no pagar un reclamo

Dependiendo de dónde viva, su estado puede ofrecer otros derechos y protecciones. Visite [CMS.gov/about-cms/contact/database](https://www.cms.gov/about-cms/contact/database) para encontrar la información de contacto de su "Departamento de Seguros del Estado" para obtener más información.

Obtener información del plan

Tiene derecho a obtener un resumen fácil de entender de lo que cubre el plan cuando busca cobertura o se inscribe en ella. Esto se llama "Resumen de beneficios y cobertura."

Puede obtener este resumen y otra información actualizada sobre cada plan del Mercado al obtener un resumen de los planes y precios o al inscribirse en un plan a través de [CuidadoDeSalud.gov](https://www.CuidadoDeSalud.gov).

Cómo hacerlo:

1. Visite [CuidadoDeSalud.gov/see-plans](https://www.CuidadoDeSalud.gov/see-plans), ingrese su código postal y responda algunas preguntas para encontrar los planes disponibles en su área.
2. Seleccione "Ir a los detalles del plan".
3. Seleccione la información que necesita.
 - Seleccione "Documentos del plan" para obtener el "Resumen de beneficios y cobertura" y la lista de medicamentos cubiertos.
 - Seleccione "Atención de urgencia y servicios de hospital" para obtener información sobre la cobertura de servicios de emergencia.
 - Seleccione "Acceso a médicos y hospitales" para encontrar el directorio de proveedores del plan y buscar a su médico actual o uno nuevo.

¿Qué hay en el Resumen de beneficios y cobertura?

Este documento del plan de salud describe los artículos y servicios de atención médica que cubre el plan y su parte de los costos cuando está inscrito en el plan. También incluye ejemplos de cobertura para atención de maternidad, atención de diabetes y una fractura simple, para que pueda aprender cómo el costo compartido de un plan en particular podría funcionar para una situación médica.

Las compañías de seguros también deben brindarle un “Glosario uniforme” que defina ciertos términos de cobertura médica y atención médica. Todos los planes deben utilizar el mismo formulario estándar para el “Resumen de Beneficios y Cobertura” y el Glosario uniforme para ayudarle a comparar planes.

Puede solicitar a su compañía de seguros un Glosario Uniforme y un “Resumen de Beneficios y Cobertura” en cualquier momento. Todos los planes de salud deben brindarle el “Resumen de Beneficios y Cobertura” durante la inscripción, como cuando solicita o renueva su póliza.

¿Qué es un directorio de red de proveedores?

El directorio de la red de proveedores de un plan de salud (también llamado directorio de proveedores) enumera la red de médicos, hospitales y otros proveedores de atención médica que tienen contrato con ese plan de salud para brindarle atención médica. Si utiliza un médico o centro que no está en la red de su plan, es posible que tenga que pagar más por los servicios que recibe.

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

Cuando ve o compara planes en [CuidadoDeSalud.gov](https://www.CuidadoDeSalud.gov), hay varias maneras de averiguar qué medicamentos cubre cada plan del Mercado:

- Al ver los planes de salud y dentales, seleccione “Agregar medicamentos recetados” e ingrese los medicamentos que usted u otros miembros del hogar toman actualmente. Cada listado de planes incluirá información de cobertura para estos medicamentos.
- Seleccione “Ir a los detalles del plan” y luego “Documentos del plan” para obtener una lista de los medicamentos cubiertos.
- Consulte el “Resumen de Beneficios y Cobertura”, que incluye un enlace a más información sobre la cobertura de medicamentos del plan

¿Puedo solicitar cobertura un medicamento recetado que mi plan no cubre?

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. Esto es diferente a apelar la denegación de un medicamento que cubre su plan.

¿Cómo solicito una excepción para un medicamento no cubierto que me recetó mi médico?

Para solicitar la cobertura de un medicamento a través del proceso de excepciones, su médico generalmente enviará la solicitud a su plan (oralmente o por escrito) y le explicará que el medicamento no cubierto es apropiado para su condición médica. Comuníquese con su plan para obtener información detallada sobre su proceso de excepciones de medicamentos recetados.

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

Mientras esté en el proceso de excepciones, su plan puede cubrir su medicamento hasta que tome una decisión, pero no está obligado a hacerlo.

¿Qué pasa si recibo la excepción?

Si obtiene la excepción, generalmente puede obtener el medicamento no cubierto durante un período determinado. Su plan de salud considerará el medicamento como cubierto, pero su parte del costo (como su coseguro) podría aplicarse al nivel de medicamento más caro de la lista de medicamentos cubiertos (llamado un formulario). Si su plan cubre el medicamento a través de la excepción, su parte del costo contará para su desembolso máximo.

¿Tendré cobertura para servicios de emergencia?

Todos los planes del Mercado (excepto los planes sólo dentales) deben cubrir servicios de emergencia. Su plan no puede exigir autorización previa para los servicios de emergencia que recibe en un hospital o en un centro de emergencia independiente departamental, incluso si obtiene el servicio fuera de la red.

Generalmente, su plan debe cubrir servicios de emergencia independientemente de cualquier otro término o condición de cobertura.

¿Qué pasa si recibo atención de emergencia fuera de la red?

Su plan del Mercado debe cubrir atención de emergencia fuera de la red:

- Sin limitar la cobertura de manera más restrictiva que los límites dentro de la red
- Sin cobrarle un copago o coseguro que supere el requisito de costo compartido para la atención de emergencia dentro de la red

Es posible que deba pagar otros costos de bolsillo, como un deducible.

Solicitar una apelación

Si su aseguradora de salud se niega a pagar un reclamo (parcial o totalmente) o finaliza su cobertura, tiene derecho a apelar la decisión. Si su aseguradora rechaza su apelación, puede recurrir a un tercero independiente para que revise su reclamo. Las aseguradoras deben decirle por qué rechazaron su reclamo o cancelaron su cobertura. Y tienen que informarle cómo puede apelar sus decisiones.

Aquí hay algunos recursos que le ayudarán con su apelación:

- **Comprenda el proceso de apelaciones.** Para obtener más información sobre el proceso de apelación de cobertura, visite CuidadoDeSalud.gov/es/appeal-insurance-company-decision/appeals.
- **Comuníquese con el Programa de Asistencia al Consumidor (CAP) o el Departamento de Seguros de su estado.** Es posible que puedan ayudarlo, junto con otras organizaciones locales. Visite AyudaLocal.CuidadoDeSalud.gov para encontrar ayuda en su área.
- **Obtenga ayuda en su idioma.** Si no habla español, puede obtener ayuda e información sobre apelaciones y otros asuntos del Mercado en su idioma preferido sin costo alguno. Para hablar con un intérprete, llame al Centro de Llamadas del Mercado al 1-800-318-2596. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-855-889-4325.

¿Cómo puedo obtener más información?

Para obtener más información sobre la cobertura a través del Mercado o sus beneficios y protecciones, visite CuidadoDeSalud.gov o llame al Centro de Llamadas del Mercado al 1-800-318-2596. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-855-889-4325.

CMS Producto No. 11759-S • Octubre 2025

Tiene derecho a obtener su información en un formato accesible, como letra grande, braille o audio.

También tiene derecho a presentar una queja si siente que ha sido discriminado.

Visite CMS.gov/accessibility-nondiscrimination (en inglés) o llame al 1-800-318-2596.

Los usuarios de TTY pueden llamar al: 1-855-889-4325.

Este producto fue financiado con dinero de los contribuyentes de los Estados Unidos.



CuidadoDeSalud.gov