

# Quejas y apelaciones relacionadas con Apple Health

(Apple Health grievances and appeals)

## **Author**

Northwest Justice Project

## **Last Review Date**

October 2, 2025

Sus derechos y lo que puede hacer si tiene algún problema con su plan Apple Health Managed Care (Plan de Atención Médica Administrada de Apple Health)

## **1. ¿Por qué quejarse o apelar?**

---

Si tiene cobertura médica a través de un plan de Apple Health Managed Care (<https://www.hca.wa.gov/free-or-low-cost-health-care/i-need-medical-dental-or-vision-care/apple-health-managed-care>), es posible que en algún momento no esté de acuerdo con algo que le diga alguien del plan. O tal vez sienta que algo no está bien.

Quizás el plan se niega a cubrir un servicio que usted necesita, o usted desea seguir acudiendo a un médico que dejará de formar parte del plan. Tal vez sienta que un proveedor o el propio plan le ha tratado injustamente.

Si no le satisface algo de su plan o de su atención médica, el manual para miembros de su plan de atención médica administrada describe brevemente sus opciones. Aquí le explicamos todo con más detalle. También le explicamos sus derechos cuando necesita una decisión más rápida (“expeditiva”).

Guarde un registro escrito de lo que solicitó, cuándo y cómo, de una copia de todo lo que envió por escrito y de cualquier respuesta o documentación que reciba.

Si recibe por escrito alguna notificación del plan sobre una decisión que le resulte desfavorable, léala. Asegúrese de comprender el motivo. Tome nota de todas las fechas límite.

## 2. Antes de presentar una queja o apelación

---

Aquí hay algunas cosas que puede intentar de inmediato. Si ninguna de ellas funciona, considere la posibilidad de presentar una queja o apelación.

**Comuníquese con la oficina de atención al cliente.** Su plan tiene la obligación de ayudar a todos los miembros en sus quejas y apelaciones. Es posible que su servicio de atención al cliente le ayude a resolver el problema.

En su tarjeta de membresía del plan o en la carta de bienvenida encontrará el número de teléfono. Por lo general, el plan debe tratar su llamada como una queja o una apelación y aplicar las normas correspondientes.

No espere demasiado tiempo a que el servicio de atención al cliente resuelva el problema. No deje pasar las fechas límite para apelar sin tomar medidas.

**Solicite al plan que pague por una segunda opinión** si tiene dudas sobre la primera opinión médica recibida por un problema de salud. Al solicitarla, su plan debe pagar por una segunda opinión **de otro proveedor de la red de proveedores con el que el plan tenga contrato**. Si el plan se niega, usted puede apelar la decisión.

Si tiene una buena razón, **es posible que pueda obtener una segunda opinión de alguien fuera de la red**. Si el plan se niega, solicite una audiencia imparcial. Pida al juez de la audiencia imparcial que autorice una segunda opinión fuera de la red.

**Solicite una excepción a la norma (ETR, por sus siglas en inglés) para los servicios que el plan declara no cubre (los “servicios no cubiertos”)**. Si el plan acepta su solicitud de ETR, es posible que no tenga que presentar una queja ni una apelación. Al mismo tiempo, si no está de acuerdo con la decisión del plan de que el servicio no está cubierto, aún puede apelarla.

Para un menor de 21 años, debe presentar una apelación en lugar de una ETR.

Si su plan aprueba menos atención médica de la solicitada, o por un período más corto o con menor frecuencia, puede solicitar una **extensión de la limitación** para obtener la atención médica completa que su proveedor indica que necesita. Usted o su proveedor debe explicar por escrito por qué necesita esta atención médica. La explicación deberá incluir:

- Cuánto ha mejorado gracias a este servicio
- La probabilidad de que continúe mejorando si se prolonga la atención médica
- La probabilidad de que empeore si no se prolonga

Envíe a su plan de salud la explicación y cualquier registro que usted o su proveedor desee que considere. El plan le enviará una decisión por escrito.

Puede solicitar una apelación **y** una extensión de la limitación (LE). Puede solicitar una extensión de la limitación antes de apelar la denegación inicial. Si se deniega su solicitud de extensión de la limitación, también puede apelarla.

### 3. Niños y jóvenes

---

Todos los niños y jóvenes menores de 21 años con Medicaid tienen cobertura bajo EPSDT (<https://www.medicaid.gov/medicaid/benefits/early-and-periodic-screening-diagnostic-and-treatment>).

Conforme a la EPSDT, todos los servicios médicos que Medicaid puede pagar están cubiertos. No importa si Washington no los cubre para los adultos.

El único requisito de EPSDT es que los servicios médicos sean médicamente necesarios, seguros y eficaces y no experimentales. Debe apelar las denegaciones de los servicios médicos de su hijo por otros motivos, como “no cubiertos”. No debería ser necesario solicitar una excepción a la norma.

## 4. Quejas

---

Recibirá una notificación por escrito cuando el plan tome una decisión que le resulte desfavorable. En ella se le debe explicar

- Su derecho de presentar una queja o una apelación
- Cómo hacerlo
- Las fechas límite que debe cumplir

El plan debe proporcionarle una copia de su proceso de quejas y apelaciones. Por lo general, esa información se encuentra en su manual para miembros.

Una **queja** es una expresión de insatisfacción sobre cualquier cosa que no constituya una apelación. Puede presentar una queja en cualquier momento en que sienta insatisfacción con los servicios que recibe o no recibe de un plan de salud, de un doctor, de una farmacia u otro proveedor de su plan.

**Algunos ejemplos** son dudas sobre la calidad de su atención o sobre haber recibido un trato injusto o descortés. **No tiene derecho a apelar la decisión del plan sobre su queja.**

Para presentar una queja, llame a su plan. Envíe una queja por escrito. El plan debe comunicarle su decisión en un plazo de **45 días** a partir de la recepción de su queja.

## 5. Apelación

---

Una apelación del plan de salud consiste en una solicitud para que el plan cambie una decisión o acción que afecta su atención médica (una “determinación adversa de prestaciones”). **Ejemplo:** el plan rechaza el pago de un procedimiento recomendado por su médico.

Usted puede apelar la decisión de su plan si:

- El plan ha indicado que rechazará, limitará, modificará o suspenderá un servicio solicitado o previamente autorizado para usted.
- El plan ha denegado el pago de un servicio.
- El plan no presta los servicios a tiempo.

Debe iniciar la apelación verbalmente y dar seguimiento por escrito. Su apelación verbal inicia el plazo que dispone el plan para responder. También detiene el plazo de su apelación. Esto es importante si el plan está suspendiendo los servicios que usted recibe y debe seguir recibiendo mientras se resuelve su apelación. Debe hacer un seguimiento por escrito para que se atienda y se resuelva la apelación.

Su solicitud de apelación por escrito debe enumerar los servicios que el plan está suspendiendo o denegando, y explicar por qué los necesita. **Pida ayuda a su proveedor.** Usted puede enviar la información del proveedor al plan, o pedirle al proveedor que la envíe al plan y le envíe una copia.

Cuando presente una apelación, solicite al plan de salud que le envíe, sin cargo alguno y lo antes posible, copias de todos los registros relacionados con la disputa.

## 6. Fechas límite para apelar

---

**Puede continuar recibiendo los servicios** (lo que se denomina **continuación de las prestaciones**) **durante la apelación de su plan de salud si lo solicita de inmediato.** Si apela una denegación de reducción de servicios, tiene derecho a continuar recibiendo el servicio durante el proceso de apelación, con la misma frecuencia y en la misma cantidad que antes.

La fecha límite para presentar una apelación y poder seguir recibiendo prestaciones es la última de las siguientes fechas:

- En un plazo **de 10 días** a partir de la fecha en que el plan le envíe una carta indicando que su atención médica podría suspenderse o modificarse.
- En la fecha en que está previsto que finalice o cambie su atención médica.

Si pierde la apelación, es posible que tenga que pagar al plan parte o la totalidad de las prestaciones que continuó recibiendo durante los primeros 60 días del proceso de apelación.

**Si no necesita continuar recibiendo las prestaciones, dispone de 60 días** para presentar una apelación a partir de la fecha que figura en la carta que le envió el plan, notificándole su decisión desfavorable.

## 7. Derechos de apelación

---

**Usted puede obtener su expediente del plan de salud**, que incluye sus registros médicos, documentos relevantes, cualquier otro material que el plan haya considerado, elaborado o hecho elaborar en relación con el tema en cuestión, así como cualquier material que el plan vaya a considerar en su apelación. Debe proporcionárselos gratuitamente y con suficiente antelación a la audiencia de apelación, para que usted pueda revisarlos y prepararse para ella.

**Puede presentar pruebas de** su situación en persona, por teléfono o por escrito, y su plan de salud deberá tenerlas en cuenta al decidir sobre su apelación.

**Puede exponer sus argumentos ante el plan**, en persona, por teléfono o por escrito, sobre los motivos por los que deberían aceptar su apelación.

## 8. Audiencia imparcial

---

Una audiencia imparcial es un tipo de apelación que se utiliza cuando el plan de salud no resuelve su problema. En una audiencia imparcial, normalmente un juez de derecho administrativo (ALJ, por sus siglas en inglés) de la Oficina de Audiencias Administrativas (OAH, por sus siglas en inglés) examina el caso y decide al respecto. El ALJ no trabaja para su plan de salud, para HCA ni para DSHS.

Debe completar el proceso de apelación de su plan de salud antes de que le concedan una audiencia imparcial, a menos que el plan no tome una decisión sobre su apelación dentro del plazo permitido. En ese caso, se considerará (“se dará por hecho”) que ha completado la etapa de apelación del plan. Entonces, podrá solicitar una audiencia imparcial de inmediato.

Podrá solicitar una audiencia imparcial si se cumple alguna de las siguientes condiciones:

- No está de acuerdo con la decisión que ha tomado el plan en su apelación.
- El plan no toma una decisión sobre su apelación o su queja dentro del plazo establecido.

**Si ha continuado recibiendo prestaciones durante su apelación** y desea continuar recibéndolas durante el proceso de audiencia imparcial, debe solicitar una audiencia imparcial y la continuación de las prestaciones en un plazo de 10 días a partir de la fecha que figura en la carta que le envió el plan con su decisión sobre la apelación. De lo contrario, la agencia debe recibir su solicitud 120 días después de recibir la decisión de apelación de su plan.

**Las normas para las audiencias imparciales** se encuentran en WAC 182-538-110(8)-(10) (<http://apps.leg.wa.gov/wac/default.aspx?cite=182-538-110>) y en WAC 182-526-0200 (<http://apps.leg.wa.gov/wac/default.aspx?cite=182-526-0200>). Es posible que también rijan otras normas de audiencia de programas de servicios médicos (<http://apps.leg.wa.gov/wac/default.aspx?cite=182-526>).

Si no corresponde ninguna disposición del capítulo 182-526 del WAC (<http://apps.leg.wa.gov/wac/default.aspx?cite=182-526>), puede que sí rija el capítulo 10-08 del WAC (<http://apps.leg.wa.gov/wac/default.aspx?cite=10-08>).

## 9. Después de una audiencia imparcial

---

Si no está de acuerdo con la decisión de la audiencia imparcial, primero puede solicitar una **revisión independiente (IR, por sus siglas en inglés)** gratuita. La IR es una revisión realizada por una organización de revisión independiente (IRO, por sus siglas en inglés), un comité ajeno a su plan de salud.

Debe solicitar por escrito una IR a su plan de salud y enviar una copia de la solicitud a la **OAH dentro de un plazo de 21 días** a partir de la fecha en que le enviaron por correo la decisión de su audiencia imparcial. Si se vence el plazo de 21 días, solicítela de todos modos. Si su plan o HCA se niega a concederle la IR, puede impugnarla ante los tribunales. Intente hablar con un abogado de inmediato.

El sitio web del Comisionado de Seguros

(<https://fortress.wa.gov/oic/consumertoolkit/Search.aspx?searchtype=indrev>)

contiene decisiones de IR de otros casos. Busque decisiones favorables a situaciones similares a la suya y plantéelas al revisor.

Si obtiene una decisión favorable de la IRO, solicite al plan que la cumpla en virtud de RCW 48.43.535(8)

(<https://app.leg.wa.gov/RCW/default.aspx?cite=48.43.535>) y WAC 182-538-110(10) (<https://app.leg.wa.gov/wac/default.aspx?cite=182-538-110>).

Si el plan se niega a cumplir con la decisión de la IRO y solicita a la BOA que la revise, usted puede oponerse en virtud de estas leyes. Comuníquese con un abogado de inmediato.

Si no solicita la IR o si la decisión de la IR no le favorece, puede **solicitar a la Junta de Apelaciones que revise la audiencia imparcial o la decisión de la IRO**. Hay varias formas de hacerlo:

- **Por correo** a la Junta de Apelaciones: Board of Appeals – Health Care Authority, P.O. Box 42700, Olympia, WA 98504-2700.
- **Entrega en mano** a la Junta de Apelaciones en: Board of Appeals, 626 8<sup>th</sup> Ave. S.E., Olympia WA.
- **Por fax** a la Junta de Apelaciones al 1-360-507-9018. También debe enviar una copia por correo.

Su solicitud de revisión a la junta de apelaciones (BOA) debe:

- Solicitar una revisión.

- Indicar por qué la decisión de la audiencia imparcial o de la IRO no fue la correcta.
- Presentar los testimonios y los materiales escritos de su audiencia imparcial que respalden su punto de vista.

En una revisión de la BOA, no se puede presentar nueva información ni nuevos registros.

La BOA debe recibir su solicitud de revisión antes de las 5 p. m. del día 21º después de la fecha en que le enviaron por correo la decisión de la audiencia imparcial. Si solicitó una IR, el plazo para solicitar la revisión de la BOA es más largo: la fecha límite es a las 5 p. m. del día 21º después de la fecha en que le enviaron por correo la decisión de la IR. **Puede llamar a la BOA** al 1-844-728-5212 para confirmar que ha recibido su solicitud.

La BOA puede aprobar una prórroga, pero no está obligada a hacerlo.

**Si no está de acuerdo con la decisión de la BOA**, puede apelar ante el Tribunal Superior. El plazo para presentar la apelación es de 30 días a partir de la fecha en que le envíen la decisión por correo. El proceso es complicado. Busque la ayuda o el asesoramiento de un abogado.

## 10. Decisión expeditiva

---

Si necesita una decisión más rápida en cualquier momento del proceso de apelación y revisión, su apelación, audiencia imparcial o solicitud de revisión debe

- He de indicar que usted quiere una decisión **expeditiva**
- Explicar por qué su salud, su vida o su capacidad para desenvolverse se verán perjudicadas o estarán en peligro si no toma una decisión rápida.

Existen diferentes plazos para este proceso.

**Para solicitar a su plan de salud una apelación expeditiva**, pida a su proveedor de salud que escriba una carta al plan explicando por qué requiere una apelación expeditiva. Pida a su proveedor una copia de la carta.

Por lo general, su plan de salud tiene 2 días naturales para decidir si se la concede tras recibir su solicitud de apelación expeditiva. Si deciden hacerlo, por lo general deben resolver su apelación en un plazo de 72 horas desde que la reciben. Si no recibe respuesta de su plan sobre su solicitud de apelación acelerada, hable con un abogado de inmediato.

Si el plan prolonga estos plazos sin su consentimiento, debe informarle de inmediato y explicarle el motivo del retraso. Si se niegan a darle una decisión de apelación expeditiva, puede presentar una queja al respecto.

**Un ALJ** debe comunicarle la decisión sobre si se celebrará una audiencia expeditiva, de forma verbal y por escrito. Es posible que tenga que esperar entre 3 y 4 días para conocer esta decisión.

Una **revisión expeditiva de la IRO** debe culminar con una notificación, verbal o escrita, de su decisión en un plazo de 72 horas desde que recibe la solicitud

de revisión expeditiva. Si la IRO le comunica inicialmente la decisión de forma verbal, deberá proporcionarle una notificación por escrito en un plazo de 48 horas a partir de dicha comunicación.

También puede **solicitar a la Junta de Apelaciones (BOA)** una revisión expeditiva de la decisión del ALJ o de la IRO.

## 11. Obtenga más ayuda

---

El Centro de Atención al Cliente de la Autoridad de Salud ([https://fortress.wa.gov/hca/p1contactus/Client\\_WebForm.aspx](https://fortress.wa.gov/hca/p1contactus/Client_WebForm.aspx)) puede ayudarle.

- Teléfono: 1-800-562-3022
- Correo electrónico: [askmedicaid@hca.wa.gov](mailto:askmedicaid@hca.wa.gov) (<mailto:askmedicaid@hca.wa.gov>)
- Dispositivo de Telecomunicación para las Personas Sordas (TTD, por sus siglas en inglés): Marque 7-1-1 a través del servicio de retransmisión de Washington.

**WashingtonLawHelp.org** gives general information. It is not legal advice. Find organizations that provide free legal help on our [Get legal help](#) page.