Presentación de apelaciones de SEGURODE SALUD

¿Su compañía de seguros denegó su demanda médica, o pago incorrectamente la demanda? Es posible que resuelva el asunto al presentar una apelación.

pennsylvania
INSURANCE DEPARTMENT

Es posible que usted desconozca algunos términos contenidos en esta guía, por lo que al final de la guía incluimos las definiciones de los términos en negritas.

El proceso de apelaciones se utiliza cuando su aseguradora se niega a prestar un servicio o no paga el monto total de un beneficio que usted y su médico consideran necesario.

Por ley, las aseguradoras deben tener procedimientos que atiendan las preocupaciones de los asegurados. Se sigue el proceso de apelacionessi usted recibe una **determinación adversade beneficios,** es decir, cuando su aseguradora no paga el total de los beneficios que usted o su médico creen que requiere. Esto puede suceder debido a varios motivos, entre los cuales:

- El beneficio no está cubierto por su plan de seguro de salud;
- Usted recibió los servicios de un proveedor de salud fuera de la red;
- El servicio no es médicamente necesario;
- El servicio está específicamente excluido de su póliza;
- El servicio es un servicio cubierto en un proveedor dentro de la red, pero usted y su aseguradorano están de acuerdo con la cantidad que usted debe pagar; o
- Usted ya no es elegible para cobertura bajo ese plan de seguro de salud.

Si usted cree que recibió una determinación adversa de beneficios que cree incorrecta, asegúrese de leer la **explicaciónde beneficios** antes de comunicarse con su plan de seguro de salud. Usted recibirá una explicación de sus beneficios cada vez que su aseguradora recibe una factura a nombre de usted, y relacionará los servicios recibidos y la cantidad que la aseguradora pagará por dichos servicios a nombre de usted. Este documento puede ayudarle a entender por qué recibió un recargo o por qué un servicio no se cubrió. Asimismo, explicará cómo presentar una apelación en contra de la aseguradora.

Si su aseguradora deniegasu solicitud de un servicio que usted y su doctor opinan que usted requiere, usted puede apelar esta determinación adversa de beneficios. Una aseguradora desalud puede evaluarlas determinaciones adversas de beneficios en un proceso de **apelación interna**. Si usted sigue insatisfecho con los resultados después de realizar la apelación interna, puede solicitar que se haga una **evaluación externa** por medio de una parte independiente. Si no puede solicitar la revisión o requiere asistencia, tiene derecho a nombrar a un representante, como un familiar o su proveedor de atención de salud.

¿Cómo funciona el proceso de apelaciones? Aquí le explicaremos.

Proceso de apelaciones internas

Usted puede presentar una apelación en contra de su plan de salud si opina que recibió incorrectamente una determinación adversa de beneficios.

Las aseguradoras deben tomar su decisión inicial acerca de si o no un servicio que usted recibió, o que busca recibir, está cubierto dentro de:

- 15 días para solicitudes de servicios que requieren preautorización;

- 30 días para servicios ya recibidos;
- 72 horas para casos urgentes, o antes si es medicamente necesario.

A partir de ese momento, la aseguradora toma una decisión inicial de denegar la cobertura de un servicio de atenciónde salud médicamente necesarioo de denegar el acceso a un servicioque requiere pre autorización; determina que un servicio no era médicamente necesario; o determina que usted no es elegible para recibir la coberturaa través del plan; usted debe considerar la presentaciónde una apelación interna.

Se debe presentar una apelación dentro de los seis meses de haber recibido la determinación adversa de beneficios. Las aseguradoras de salud deben hacer adaptaciones en casos de discapacidades o problemas con el idioma.

demandas y apelaciones; especifique la fecha, hora, nombre de la persona con quien habló, y el contenido de la conversación. Guarde sus documentos originales y envíe copias si va a enviar documentación soporte a la aseguradora.

Si tiene dudas acerca de cómo presentar, o qué incluir en su apelación, puede comunicarse con el Departamento de Seguros de Pennsylvania.

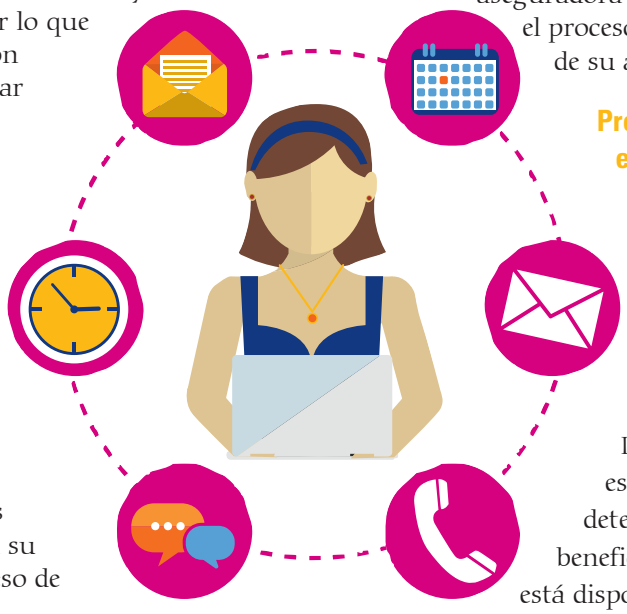
Las aseguradoras deben llegar a una decisiónde una apelacióncon un plazo específico. En general, si usted apela una demanda previo al servicio (por ejemplo, le denegaron la pre autorización), debe realizarse la apelación dentro de los 30 días. Si usted ya recibió el tra tamiento, debe realizarse la apelación interna dentro de los 60 días. Si su situación médica es urgente, podrá saber la decisión antes.

Más adelanteen esta guíale explicaremos dichas apelaciones expeditas.

Asegúrese de llevar un registro detallado de las comunicaciones entre usted y su aseguradora a lo largo del proceso de reclamos y apelaciones.

La aseguradora debe evaluar plenamente y justamente cada apelación, por lo que usted puede enviar información nuevao actualizada para apoyar su demanda. La aseguradora debe proporcionarle a usted o a su representante copias de todo lo relacionado con su demanda. Su Aseguradora debe proporcionarle y/o a su representante el tiempo adecuado para responder a la evidencia de apoyo antes de la toma de decisiones.

Asegúrese de mantenerun control de sus comunicaciones (o las de su representante) con su aseguradora a través del proceso de



Después de que su aseguradora realice su apelación interna, usted recibirá una determinación escrita que explicará los motivos por los cualesla aseguradora tomó la decisión. Si está insatisfecho con el resultado, puede solicitar que una parte independiente realice una revisión externa, aunque algunas aseguradoras podrán requerir una segunda apelación interna antes de autorizar la solicitud de una **evaluación externa**. Su aseguradora debe explicar cómo empezar el proceso en su determinación escrita de su apelación interna.

Proceso de evaluaciones externas

Su aseguradora debe permitirle cuatro meses a partir de la fecha de la decisión de la apelación interna para poder solicitar una **evaluación externa**. La evaluación externa no está disponible para todas las determinaciones adversas de beneficios. La evaluación externa está disponible paralas determinaciones

adversas de beneficios como si o no su atención es **medicamente necesaria**, en dónde recibe usted la atención, el tipo de atención disponible para usted, y las **rescisiones de cobertura**. Si su caso se trata de otra cosa, la evaluación externa no aplica para usted.

La decisión de la IRO es definitiva y obligatoria para usted y la aseguradora

Las evaluaciones externas se asignana una **organización de evaluación independiente (IRO).** Las aseguradoras de salud deben contratar con al menos tres IRO y asignarles casos de forma aleatoria. Las IRO son independientes, no trabajan para su aseguradora, y no pueden recibir incentivos financieros por tener preferencias con una parte en lugar de otraarte en lugar de otra.

Usted cuentacon 10 días hábiles para enviar la documentación de soporte al IRO. Como otras etapasdel procesode revisiones,es muy importante incluir documentación desu proveedor de atención de saludpara quela IRO entienda porquése recomendó el servicioen cuestión. Si se envían documentos de manera extemporánea, IRO podrá aceptar la información, pero no esta obligado a hacerlo. Su aseguradora enviará al IRO la información que considera al hacer las recomendaciones de determinación adversa de beneficios. Durante la evaluación externa, la IRO evaluará la demanda desde su inicio y no tiene ninguna obligaciónde sostener las decisiones previas de su aseguradora. Las IRO contratan a expertos en los campos jurídicoy médico para considerar los documentos enviados por usted y su aseguradora,así comosus expedientes médicos, recomendaciones de su proveedor deatención de salud, informes de proveedores de atención de salud en campos parecidos, los términos de su póliza de seguros, lineamentos médicos, y criterios de evaluación clínica desarrollados por su aseguradora, en su caso.

La IRO llegará a una decisión y se le notificará a usted y a su aseguradora dentro de los 45 días de haber recibido la solicitud de evaluación externa, al menos que la evaluación sea expedita. Esta decisión incluye una explicación de lo que decidió la IRO, así como referencias aevidencias de apoyo al resultado final. Si la IRO dictamina a favor de usted, su aseguradora está obligada a pagar los servicios en cuestión. La decisión de la IRO es definitiva y obligatoria para usted y la aseguradora.

Procesos de evaluación expedita

En algunas circunstancias, tanto lasapelaciones internas como las evaluaciones externas pueden realizarse en plazos más cortos. Dichas circunstancias a plican cuando la vida, salud o posibilidad de recuperar funcionalidad de una persona asegurada estén en peligro a causa del plazo o el proceso de evaluaciones. Asimismo, usted puede solicitar una evaluación externa expedita si su aseguradora le deniega cobertura de ingreso o estancia en un centro de atención de salud si todavía no le han dado de alta.

En situaciones urgentes, usted puede solicitar una evaluación externa aun si no ha terminado todos los procesos de apelación interna de su plan de salud. Usted puede presentar una apelación interna y una evaluación externa en el mismo momento.

Además del plazo, el proceso de evaluación expedita sigue la mayoría de los mismos requisitos de

procedimiento que en una evaluación ordinaria. Si usted o su representante no puede comparecer personalmente a causa del plazo, se realizará la evaluación por vía telefónica. Usted o su representante deben estar preparados para tomar en cuenta un plazo corto.

Las evaluaciones expeditas deben concluirse dentro de las 72 horas de la solicitud, pero pueden realizarse de forma expedita si la condición médica requiere una acción más inmediata. La decisión definitiva puede entregarse de manera verbal pero debe seguirse de una notificación escrita dentro de las 48 horas.

Si requiere ayuda

El Departamento de Seguros de Pennsylvania entiende que el proceso de apelaciones puede ser confuso para algunos consumidores, peroel departamento con gusto leayuda.

Envíenos sus dudas a www.insurance.pa.gov al enlace "Hacer Una Pregunta o Presentar una Demanda" en nuestro portal.

Después de enviarsu duda, un representante de nuestra Oficina de Atención al Consumidor se comunicará con usted para ayudarle. Los consumidores pueden comunicarse con el departamento al 1-877-881-6388.

Definiciones de términos

Determinación adversa de benefic ios

Una determinación por parte de una aseguradora de salud que incluya una denegación, reducción, terminación o falta de pago total o parcial de un beneficio, independientemente del motivo de la determinación.

Explicación de beneficios

Un documento enviado por una aseguradora de salud a los asegurados para explicar los tratamientos y/o servicios médicos pagadosa su nombre. La **EOB** puede adjuntarse a un cheque o comprobante de pago electrónico.

Evaluación Exter na

Una evaluación, por parte de una IRO, de la decisión de un plan de denegar la cobertura o el pago de un servicio. Si el plan rechaza una apelación interna, se puede solicitar una evaluación externa. Una evaluación externa respalda la decisión del plan o invalida toda o parte de la decisión del plan. El plan y el asegurado deben aceptar esta decisión.

Organización de Evaluación Indepe ndiente

Una organización que determina si una aseguradora de salud estuvo en lo correcto al rechazar pagar los servicios de salud para un asegurado en base a la cobertura proporcionadapor la póliza y la opinión médica de profesionales de la salud. Las **IRO** no trabajan para las aseguradorasde salud y pueden decidir de manera justa sila aseguradora o el asegurado está en lo correcto.

Apelación inter na

Una evaluación, por parte de una aseguradora, de su propia determinación de beneficios, a causade un asegurado que opina que su demanda debió haberse pagado en su totalidad o en parte.

Necesidad médica/Médicamente necesario

En general, los servicios o bienes que su proveedor de atención de salud determina como necesarios para la prevención, diagnóstico o tratamiento de la enfermedad o lesión de un paciente, u otra condición médica que cumple los criterios médicos y que son clínicamente apropiados parael paciente. Su plan de salud puede tener una definición más específica.

Rescisión de cobertura

La Rescisión de Cobertura es la cancelación retroactiva de una pólizade seguro de salud. La Rescisiónde Cobertura está prohibida, excepto en casos de fraude o declaración falsa intencional de un hecho relevante para la inscripción de la persona.

Ejemplo de carta de solicitud de apelación interna

Su nombre

Su dirección

Fecha

Dirección de la apelación del plan de salud

Re: Nombre del asegurado
ID plan:
Dem a n d a :

A quien corresponda:

El motivo de la presente es para solicitar una evaluación de su denegación de la demanda de tratamiento o servicios prestados por *nombre del proveedo r la fecha de prestación de servicios*.

El motivo de la denegación se registró como (motivo de la denegación), pero renové mi póliza y opino que *tratam ien to o servicio* debe tener cobert u ra.

> *Aquí puede propor cion ar informaci ón más detallada sobre la situación .*
> *Escriba declaracion es breves y fácticas. No incluya redacc ión emocion al.*
>
> *Si incluye documentos, incluya aquí una lista de lo que está envian do.*

Si requiere información adicional, se puede comunicar conmigo al *número telefónico y/o dirección de correo electrónico.*

Espero su pronta respuesta.

Atentamente,

Firma

Nombre

Ejemplo de carta de solicitud de evaluación externa

Su nombre Su dirección

Fecha

Dirección de la apelación del plan de salud

Re: Nombre del asegurado
ID plan:
Dem a n d a :

A quien corresponda:

El motivo de la presente es para solicitarle una evaluación externa por parte de una organización de evaluación independiente (IRO), de la determinación adversa definitiva de beneficios que recibí la *fecha*. Anexo una copia de dicha determinación.

Presenté mi solicitud de apelación interna la *fecha* en respuesta a la denegación de cobertura de *tratam iento o servicio* proporcion ad o por *nombre del proveedo* r la *fecha de provisión*. La evaluación médica sostuvo la decisión inicial.

> *Aquí puede propor cion ar informaci ón más detallada sobre la situación .*
> *Escriba declaracion es breves y fácticas. No incluya redacc ión emocion al.*
>
> *Si incluye documentos, incluya aquí una lista de lo que está envian do.*

Si requiere información adicional, se puede comunicar conmigo al *número telefónico y/o dirección de correo electrónico.*

Espero su pronta respuesta.

Atentamente,

Firma

Nombre

¿Dudas?
Para mayor información de
autoseguro, visite:

www.insurance.pa.gov
y seleccione "Salud"
bajo Cobertura

o bien,
llame al
departamento al
1-877-881-6388

¡Síganos y denos Like!
@PAInsuranceDept
Facebook.com/
PAInsuranceDepartment

pennsylvania
INSURANCE DEPARTMENT

PA pennsylvania