



EL PROCESO DE APELACIÓN CON UN PLAN MEDICO PARTICULAR

COMO CONSEGUIR LOS SERVICIOS QUE USTED NECESITA CUANDO SU SEGURO MEDICO PARTICULAR DICE QUE “NO”

1. PEDIR RECONSIDERACIÓN INFORMAL	Tiene usted 2 años desde el momento que el plan lo niega
2. LEER LA RESPUESTA A LA PETICION DE RECONSIDERACIÓN	El plan de seguro tiene 30 días para hacer la respuesta
3. ENVIAR UNA APELACION ESCRITA	Usted tiene 60 días si se trata de negativa a prestar un servicio, y 2 años si se trata de la negación de un reclamo
4. LEER LA DECISION DE LA APELACION	El plan de seguro médico tiene 30 días para negar un servicio y 60 días para negar un reclamo
5. PEDIR UN ESTUDIO EXTERIOR INDEPENDIENTE	Usted tiene 30 días para pedir un estudio
6. DECISION DEL ESTUDIO EXTERIOR INDEPENDIENTE	

Arizona Center for Disability Law

5025 East Washington Street Suite 202 Phoenix, Arizona 85034-7439	177 North Church Avenue Suite 800 Tucson, Arizona 85701-1119
(602) 274-6287 1-800-927-2260 (sin costo) (602) 274-6779 (Fax)	(520) 327-9547 1-800-922-1447 (sin costo) (520) 884-0992 (Fax)

**www.azdisabilitylaw.org
center@azdisabilitylaw.org**

El conseguir servicios de las compañías particulares de seguro médico puede ser causa de frustración. Esta guía le indicará a usted qué hacer si el plan particular de seguro médico dice “que no” a facilitar o pagar un servicio de salud. Aquí se explica en pasos fáciles el proceso a seguir para conseguir lo que uno necesita. Esta guía es para quienes tienen seguro médico individual o de grupo a través de la compañía donde uno trabaja. Si usted tiene AHCCCS, pida la guía titulada “Cómo conseguir los servicios que usted necesita cuando el plan de salud de AHCCCS dice que no.”

Es importante darse cuenta de que existen dos tipos de negativas del plan de salud: la negativa de un servicio y la negativa de un reclamo. Un “servicio denegado” es cuando el plan de salud no autoriza un servicio que no ha sido recibido todavía. El “reclamo denegado” es cuando uno ya recibió el servicio y el plan de seguro se niega a pagar al profesional que brindó el servicio.

Existen varias maneras que el plan de seguro médico puede decir “que no.” Puede ser por medio de una hoja que llegue por correo denominada *Explanation of Benefits (EOB)* [Explicación de los Beneficios], o una carta donde se niega el servicio o la reclamación. También un empleado de la compañía aseguradora puede decir que no por teléfono, o el seguro puede simplemente no hacer caso a la petición. En todos estos casos esto es lo que puede usted hacer:

PRIMER PASO: PEDIR UNA RECONSIDERACIÓN INFORMAL

El primer paso es pedir a la compañía aseguradora un reconsideración informal de su negativa. Hay un plazo de **2 años** a partir del momento de la negativa del plan de salud para pedir una reconsideración informal. Esto se puede hacer llamando por teléfono, o mandando una carta o un fax al seguro. Es mejor pedirlo por escrito para que no se pierda la petición. Si la petición se hace por teléfono, apunte la fecha en que la hizo y quién atendió la petición. El seguro médico cuenta con 5 días de plazo para mandar una carta donde diga que recibieron la petición

necesidad médica, si uno está en desacuerdo con el estudio independiente, el paso siguiente es litigar en tribunales. En las cuestiones de la cobertura del seguro, usted o la aseguradora pueden pedir una audiencia con la *Office of Administrative Hearings (Oficina de Audiencias Administrativas)*. Uno cuenta con 30 días para pedir una audiencia. La información que se envíe con la decisión del estudio independiente explicará cómo pedir audiencia.

¿QUÉ HACER SI NECESITO UN SERVICIO CON URGENCIA Y MI SEGURO MEDICO DICE QUE NO?

Si el plan de seguro médico niega un servicio que uno necesita urgentemente, uno puede pedir lo que se denomina *Expedited Medical Review* [Estudio médico acelerado]. El objetivo del estudio acelerado es obligar al seguro médico a decidir con rapidez, pues la salud de uno está en peligro. El doctor de uno debe certificar por escrito que el retrasar este servicio podría causar un cambio perjudicial considerable en la condición médica de uno. El seguro médico no puede disputar la certificación del médico, y debe decidir 1 día hábil después de recibida la certificación y otra información que lo apoye. Si el seguro médico sigue negando el servicio, usted puede apelar y más adelante pedir un estudio externo independiente. El plazo para que conteste el seguro médico en cada nivel es muy corto. El *Arizona Department of Insurance* (Secretaría de Seguros) tiene un paquete de información sobre *Expedited Medical Review* [Estudio Médico Acelerado] que tiene las planillas y la información necesaria. Se puede comunicar con ellos al 1-800-325-2548 o en www.id.state.az.us.

Como el doctor solamente va a estudiar información escrita, es importante que usted tenga por escrito todas las razones por las cuales es injusta la negativa a darle el servicio o reclamación. Las cartas de necesidad médica del médico que lo atiende a usted y de otros profesionales de la salud son elementos clave para que los estudie el doctor independiente junto con el cuadro médico de usted. Usted puede llamar al *Department of Insurance* (Secretaría de Seguros) directamente para ver que cuentan con toda su información.

Las Quejas de ERISA: Algunas compañías que se “auto-aseguran” no compran seguro médico de una compañía aseguradora, sino que ellos proporcionan su propio seguro y asumen su propio riesgo. Estos patronos deben apegarse a una ley federal, denominada en inglés *Employee Retirement Income Security Act* [conocida como ERISA, la sigla en inglés]. Si en el trabajo de usted hay seguro médico auto-asegurado, uno no puede pedir el estudio independiente a través del *Arizona Department of Insurance* (Secretaría de Seguros). Si se negó la apelación de usted, tal vez pueda usted presentar una queja con el *U.S. Department of Justice*. Puede comunicarse con ellos al 1-666-444-3272 o ir a su sitio web en www.dol.gov/ebsa para información sobre cómo presentar una queja.

SEXTO PASO: LA DECISIÓN DEL ESTUDIO EXTERIOR INDEPENDIENTE

Para cuestiones de necesidad médica, el médico independiente que estudia el caso tiene 21 días para decirle al *Department of Insurance* (Secretaría de Seguros) lo que ha decidido. El *Department of Insurance* le enviará a usted la decisión escrita del médico 5 días después. En las cuestiones de la cobertura del seguro, el *Department of Insurance* (Secretaría de Seguros) suele enviar por correo una decisión dentro de un plazo de 15 días.

La decisión del estudio médico exterior independiente obliga ante la ley a la compañía aseguradora y a usted. En las cuestiones de

de reconsideración informal. Hay que decirle al seguro por qué motivo uno está en desacuerdo con su negativa. Si el motivo de la negativa es que el servicio no es “necesario desde un punto de vista médico,” entonces pídale a su médico que mande una carta de necesidad médica. La carta del médico y las constancias médicas que pueda haber que apoyen la petición deberán acompañar la carta de reconsideración informal.

Las cartas de necesidad médica

El motivo más común por el que una compañía de seguro médico deniega un servicio es que no cuenta con suficiente información sobre usted y el servicio que usted necesita. Para evitar este problema, pídale a su doctor o profesional de la salud una carta de necesidad médica y envíela junto con la petición de servicio. La carta debe contener:

- ✓ La condición médica de usted y el diagnóstico exacto,
- ✓ Cuánto tiempo va a durar su condición,
- ✓ Por qué necesita usted el servicio y en qué consiste,
- ✓ Qué problemas de salud ocurrirán si no consigue usted el servicio,
- ✓ Qué otros tratamientos o servicios se intentaron, si los hubo, y por qué no funcionaron.

El doctor le puede pedir a la compañía del seguro médico que lo llamen para plantearle las dudas que pueda haber suscitado la carta. Usted también puede conseguir cartas de cualquier profesional de la salud u otro profesional que conozca su situación y el servicio y por qué necesita usted tal servicio. Para ver una carta de muestra para mandar al doctor pidiéndole una carta de necesidad médica y para ver una carta de muestra de necesidad médica, acuda al sitio web del Centro o comuníquese con nosotros directamente.

Un consejo: Para las peticiones al seguro médico:

- Siempre hágalo por escrito
- Quedarse con una copia para guardarla
- Quedarse con comprobante de cuándo y dónde envió la petición. Los documentos importantes hay que mandarlos por correo certificado con acuse de recibo, o por fax con hoja de confirmación.

SEGUNDO PASO: LEER LA RESPUESTA A LA PETICION DE RECONSIDERACIÓN

La compañía del seguro médico debe enviarle a usted y al médico una respuesta escrita dentro de un plazo de 30 días. La carta indicará si la compañía del seguro dijo que “sí” o que “no” al servicio que se está reclamando y el motivo clínico para su respuesta. Si no contesta, se les puede llamar para ver si enviaron una carta. Si el seguro no envía respuesta a 30 días de plazo, se puede considerar que la respuesta fue que no, y pasar al Tercer Paso.

TERCER PASO: ENVIAR UNA APELACIÓN ESCRITA

Si la compañía de seguro dijo que “no” después de una reconsideración informal, podrá usted enviar una carta escrita para apelar su decisión. Esta apelación debe ser por escrito. Si se trata de la negación de un servicio, deberá usted enviar una apelación por escrito al plan de salud a menos de **60 días** de que recibió la negativa de la reconsideración. Si se trata de la negativa a un reclamo, tiene usted **2 años** para enviar la carta de apelación. No conviene esperar demasiado para apelar un reclamo. Cuanto más tiempo espere, más difícil será recabar la información necesaria.

La carta de apelación deberá responder directamente al motivo de la negación. Incluya la información adicional que no haya estado en la carta informal de reconsideración. Si no lo ha hecho ya, pídale a su médico que mande una carta de necesidad médica. (Vea “Las cartas de necesidad médica” bajo Primer Paso.)

CUARTO PASO: LEER LA DECISIÓN DE LA APELACIÓN

Si la apelación tiene que ver con la negación de un servicio, el seguro tiene 30 días para mandar por correo su decisión. En cambio, si la apelación es de la negación de un reclamo, el seguro cuenta con 60 días para responder. La decisión del seguro deberá

exponer los criterios que se usaron y el motivo médico para la decisión. También hablará del derecho a pedir un estudio exterior independiente u otro proceso de apelación. Si usted está en desacuerdo con la decisión, vaya al Quinto Paso.

QUINTO PASO: PEDIR UN ESTUDIO EXTERIOR INDEPENDIENTE

Este paso dependerá del seguro médico. El seguro o la compañía para la cual usted trabaja le puede indicar a usted el tipo de seguro que tiene y dónde ir después de que se deniega la apelación. Muchas compañías compran seguro médico para sus trabajadores. Tanto si el trabajo de usted compró seguro médico a través de una compañía aseguradora como si usted compró seguro médico por su cuenta, usted tiene derecho a un estudio exterior independiente de la negación de un servicio o un reclamo.

El “estudio exterior independiente” quiere decir que alguien que no trabaja para la compañía de seguros estudiará la información y decidirá por su cuenta. Deberá usted pedir este estudio independiente en menos de los **30 días** de cuando el seguro manda la negación de la apelación. La petición se le manda por correo directamente al seguro médico. El seguro médico mandará la información de usted al *Arizona Department of Insurance (Secretaría de Seguros de Arizona)*. Usted no paga por el estudio exterior independiente.

LAS PREGUNTAS DE NECESIDAD MEDICA EN CONTRAPOSICIÓN A LAS PREGUNTAS DE COBERTURA DEL SEGURO

Quién vaya a estudiar el caso depende de si la pregunta que se debate se trata de necesidad médica o de la cobertura del seguro. En las cuestiones de necesidad médica el seguro no cree que el servicio médico sea necesario para tratar la dolencia. En esos casos un doctor conocedor del tratamiento de dicha dolencia estudiará toda la información. En cambio, si se trata de la cobertura del seguro, el conflicto se debe a que el seguro cree que el servicio que usted pide no está cubierto bajo las condiciones del seguro médico que usted tiene. La persona que estudia esas cuestiones es un empleado del *Arizona Department of Insurance* [Secretaría de Seguros de Arizona].