

En el interior encontrará
consejos para hablar
sobre los costos
del cuidado de
la salud y el
proceso de
apelación

Impedimentos comunes para la atención médica

Asesoramiento para evitar y hacer frente
a los obstáculos más comunes relacionados con el seguro

El médico que necesito está fuera de la red

Si necesita atención que no está disponible dentro de su red de proveedores, comuníquese con su plan de seguro para que le informen cuáles son sus opciones y si necesita solicitar aprobación previa antes de visitar a un proveedor fuera de la red.

Usted debe poder demostrar que no hay proveedores de la red que ofrezcan la atención especializada que necesita. Solicítele al proveedor una estimación de la cantidad que puede tener que pagar si recibe atención fuera de la red del plan.

Es posible que deba probar otros medicamentos de la misma clase antes de recibir la aprobación para un medicamento de marca, un proceso que se conoce como terapia escalonada.

Seleccionar e inscribirse en un plan de seguro integral elimina el obstáculo de acceder a atención cuando no tiene seguro. Sin embargo, aun así, existen muchas barreras posibles que tal vez deba enfrentar cuando se disponga a utilizar los beneficios de su plan.

Barreras relacionadas con los medicamentos

Cómo navegar la lista de medicamentos o formulario de fármacos del plan

Los medicamentos pueden constituir una gran barrera financiera para los pacientes, en especial si tienen una afección crónica o potencialmente mortal. Para protegerse, cuando se le recete un medicamento, consulte la lista de medicamentos de su plan de seguro para garantizar de que ese medicamento esté en la lista aprobada. Infórmese sobre los costos que deben pagarse para recibir el medicamento recetado.

Si el medicamento que le recetaron no está cubierto por la lista de medicamentos del plan:

- Hable con su médico para saber si otro medicamento de la lista es una opción en su situación.

- Piense en cambiarlo por la versión genérica si esta está cubierta.
- Solicite formalmente una excepción a la lista de medicamentos. Su solicitud se procesará en conjunto con el proveedor que extendió la receta, y debe incluir documentación que apoye el motivo de necesidad médica por el cual usted debe tomar un medicamento no incluido en la lista de medicamentos para tratar su afección. Si su solicitud de exención no es aprobada, usted será responsable de pagar el costo total.
- Busque programas de copagos, asistencia benéfica o ayuda financiera del fabricante farmacéutico, como ayuda para pagar el medicamento.



El seguro no puede procesar su reclamación

Errores que pueden demorar el proceso de las reclamaciones

A veces su reclamación médica no puede ser procesada en el momento de ser presentada, lo cual es una situación distinta del rechazo total. En este caso, la aseguradora deberá identificar el motivo por el cual la reclamación no puede ser procesada e incluir instrucciones sobre cómo la reclamación debe ser presentada nuevamente. Los motivos pueden incluir los siguientes:

- ✓ La información del seguro presentada con la reclamación se encontraba incompleta
- ✓ Falta de precertificación o de autorización previa, si corresponde
- ✓ Faltaba el diagnóstico y/o los códigos

del procedimiento, o estos eran incorrectos

- ✓ Información incompleta o inexacta sobre las reclamaciones
- ✓ Falta de documentación médica que demuestre la necesidad del servicio

Durante el proceso de hacer una nueva presentación o de completar la documentación de la reclamación, anote cuidadosamente con quién habla y qué acción se toma. Haga un seguimiento de todo el proceso hasta el final para asegurarse de que se complete y de que su reclamación sea pagada sin demoras indebidas.

Cómo iniciar el proceso de apelación

Como miembro del plan, usted tiene derecho a contar con la versión completa de la política médica del plan, o con una copia de la información utilizada para tomar la decisión del rechazo. Debe solicitar esta documentación para sus registros.

La documentación y las pruebas mejores en apoyo de su apelación provendrán de las condiciones escritas del plan. Es muy probable que esta información se encuentre dentro de las definiciones del plan para los Beneficios Cubiertos, los Beneficios No Cubiertos y las Exclusiones.

Cuando esté preparando su apelación, busque el apoyo adicional de su proveedor médico, incluida una declaración de necesidad médica, la documentación de los tratamientos previos y el motivo por el cual se ordenó el tratamiento o servicio en cuestión.

Es posible que pueda presentar una apelación con éxito si usted y su proveedor pueden demostrar que el tratamiento que requiere es considerado actualmente como el tratamiento de referencia por los proveedores médicos. Se denomina “tratamiento de referencia” a un proceso de diagnóstico y tratamiento formal que un médico sigue



para un paciente con una enfermedad o un conjunto de síntomas específicos. También conocido como “práctica óptima”, el tratamiento de referencia sigue las pautas y los protocolos acordados por los expertos en la materia.

Las preguntas importantes que deben hacerse incluyen:

- ¿Existen estudios clínicos o artículos de publicaciones médicas revisadas por colegas que apoyen el tratamiento?
- ¿Participó su médico en una revisión entre colegas con el director médico de la compañía de seguros?
- ¿Este tratamiento ya está cubierto por Medicare o por otra compañía de seguros?

Si usted no ha podido recibir la atención porque su seguro se lo negó por encontrarse fuera del tratamiento de referencia, pregúntele a su proveedor médico si el tratamiento está disponible a través de un ensayo clínico que no continúe demorando su acceso a la atención.



Reúna los detalles

Revise la carta de notificación del rechazo en cuanto a los detalles específicos que usted necesitará para el proceso de apelación. Si necesita más información, llame a su aseguradora directamente.

- 1 ¿Cuál es la razón específica del rechazo?
- 2 ¿Puedo tener una copia del expediente que apoya el rechazo?
- 3 ¿Quiénes son las personas responsables de evaluar mi apelación?
- 4 ¿Cuáles son las fechas límites para presentar la apelación?
- 5 ¿Cuál es el plazo del que dispone el plan de beneficios de salud para responder a la apelación?



Organícese

Cuando inicie el proceso de apelación, recopile sus documentos y consérvelos en un archivo organizado por fecha de recepción. De esta manera, facilitará el recorrido de su documentación. La organización y el manejo de la documentación pueden ser elementos clave para el éxito.



Elementos para incluir en su carta de apelación

Uno de los elementos más importantes de su paquete de apelación es una carta, clara y concisa, que detalle su argumento contrario al motivo del rechazo original y cite los términos de su póliza. La carta puede ser escrita por usted, un proveedor médico u otra persona en su nombre.

Elementos de la carta

- Nombre del paciente, número de póliza y nombre del titular de la póliza
- Información de contacto correcta del paciente y del titular de la póliza
- Fecha de la carta de notificación de rechazo, datos específicos de lo que se negó y motivo citado para la negativa
- Nombre e información de contacto del médico o proveedor médico
- Su caso detallado en cuanto a por qué el plan debería cubrir la reclamación
 - *Indique por qué necesita el servicio médico recetado y por qué considera que su póliza de seguro cubre el tratamiento o servicio. Toda vez que sea posible, cite las condiciones escritas del plan.*
 - *Pídale a su proveedor médico que le prepare una carta de necesidad médica en la cual se expliquen los tratamientos previos y el motivo por el cual se ordenó el tratamiento en cuestión, y también por qué este es necesario para su situación.*

- *Provea y haga referencia a artículos de publicaciones médicas o pautas de tratamiento de grupos o instituciones reconocidos que demuestren los beneficios y el éxito del tratamiento.*
- *Cualquier otra cosa que apoye su solicitud, incluso copias de autorizaciones previas y segundas opiniones.*

Envío de su presentación

- Haga un seguimiento de su presentación. Si hace su presentación por fax, conserve la confirmación de la transmisión con éxito. Si la hace por correo, envíe la carta por correo certificado con solicitud de confirmación de recepción.
- Conserve una copia de la carta, de todos los materiales presentados, del recibo de entrega o presentación, así como un registro de toda la correspondencia anterior y siguiente a la presentación de su apelación en un lugar seguro y organizado.
- Debería recibir una notificación oficial dentro de los 7 a 10 días posteriores a la fecha en que se recibió su apelación. Si no recibe una confirmación, comuníquese con el representante de su compañía de seguros para asegurarse de que su apelación se haya recibido y haya sido registrada en el sistema.

Apelaciones urgentes o abreviadas

Las apelaciones urgentes solo se consideran en estas situaciones:

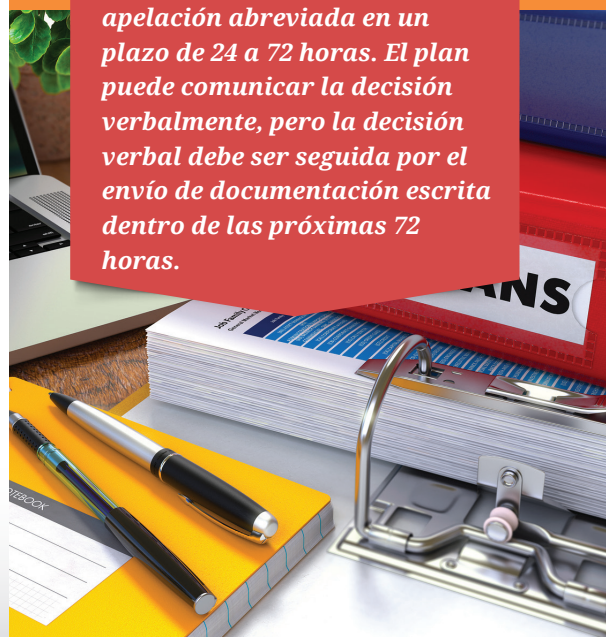
- Usted está recibiendo el tratamiento actualmente y su proveedor médico considera que toda demora en el tratamiento podría poner en grave peligro su vida o su salud, afectar su capacidad para recuperar la máxima funcionalidad o someterle a un dolor intenso e intolerable
- Su problema se relaciona con una admisión o internación continua y aún no ha recibido el alta médica

Usted o su representante pueden solicitar una apelación abreviada en forma verbal llamando a la aseguradora directamente. En las apelaciones abreviadas, su aseguradora de salud debe tomar una decisión dentro de un plazo de 4 días hábiles.

Usted no puede iniciar una apelación abreviada si:

- Ya recibió el tratamiento y está en desacuerdo con el rechazo de la reclamación
- Su situación no es considerada urgente por un proveedor médico con conocimiento de su afección médica, o por el director médico de su plan de seguro

Su aseguradora debe responder a una solicitud de apelación abreviada en un plazo de 24 a 72 horas. El plan puede comunicar la decisión verbalmente, pero la decisión verbal debe ser seguida por el envío de documentación escrita dentro de las próximas 72 horas.





Los ensayos clínicos ofrecen opciones de tratamiento adicionales que exceden el tratamiento de referencia de la actualidad

Cuando usted se inscribe en un ensayo clínico, el patrocinador del ensayo es responsable por los servicios o los medicamentos directamente relacionados con el ensayo o no considerados como un tratamiento de rutina para su protocolo de tratamiento. Esto puede ofrecerle una vía para que usted acceda a medicamentos, pruebas o atención no disponibles fuera de un ensayo clínico, que de otro modo no podría haber afrontado o no hubieran estado cubiertos por las condiciones escritas de su plan.

Las compañías de seguros ya no pueden negar o limitar la cobertura de los costos de rutina de los pacientes por artículos o servicios relacionados con ensayos clínicos aprobados para la prevención, detección o tratamiento del cáncer u otras afecciones potencialmente mortales.

Se definen los costos de rutina como los servicios médicos que normalmente se encontrarían cubiertos por su plan para pacientes con el mismo diagnóstico que estén recibiendo tratamiento. Son ejemplos, las visitas de seguimiento al médico, los estudios de imágenes o los análisis de laboratorio a cargo de proveedores de la red que usted hubiera recibido si no hubiera estado participando en el ensayo clínico.

Será conveniente que solicite un listado detallado sobre el ensayo, incluidos los servicios cubiertos y los servicios no cubiertos del ensayo, para tomar una decisión informada sobre su participación. Esto también garantizará que usted conozca sus responsabilidades.

Suspensión de la cobertura

Problemas de pago de la prima

Si usted omite hacer un pago de prima, su aseguradora tiene derecho a rechazar sus reclamaciones o a cancelar su póliza. Piense en establecer un plan de pagos automáticos que asegure el pago oportuno y el registro del pago de sus primas.

Si usted está inscrito en un plan del Mercado de Seguros de Salud y no puede afrontar el pago de las primas, comuníquese con el Mercado para verificar si califica para recibir apoyo adicional. Si está teniendo problemas para pagar sus primas, busque programas benéficos o sin fines de lucro que puedan ofrecer ayuda financiera para el pago de las primas.

Pagar un saldo vencido no necesariamente reanuda la vigencia de su póliza.

Preparación para los costos

Como buen consumidor, es importante que se familiarice con los montos de costo compartido y de gastos de bolsillo descritos en las condiciones escritas de su plan para cada tipo de servicio médico, incluida la atención de rutina, la atención especializada, la atención de emergencia y los medicamentos con receta. Esto significa que debe revisar las condiciones de la póliza o la descripción resumida del plan para saber cuánto pagará previsiblemente por su atención.

Idealmente, los consumidores deben tener un presupuesto anual o una cuenta de gastos que permitan pagos de hasta el deducible anual y el máximo de gastos de bolsillo asociados con su plan. Aun cuando esto no sea posible, es importante que esté al tanto de su responsabilidad financiera para que pueda buscar ayuda de manera proactiva.



Cómo abordar dificultades financieras

Las facturas médicas y los gastos de bolsillo pueden acumularse rápidamente. Si usted tiene una factura que no puede pagar, hable con el representante de facturación o con el asesor financiero del consultorio del proveedor. Estas personas son una excelente fuente de información sobre la elegibilidad para planes de pagos accesibles, descuentos por pronto pago u otro tipo de asistencia financiera otorgados por ese proveedor.

Consejos para hablar sobre costos

- Inicie esta conversación sin suponer que su proveedor le ofrecerá voluntariamente la información sobre costos.
- Asegúrese de investigar cuáles son sus opciones para todos los centros, proveedores médicos y servicios médicos facturados, ya que cada uno de ellos posiblemente tenga programas establecidos por separado.
- Sea amable y respetuoso, pero también persistente. Vuelva a llamar o haga un seguimiento según sea necesario.

seguimiento según sea necesario.

- Tome notas y documente las conversaciones y las opciones. Si es necesario, use un grabador.
- No ignore las facturas médicas. Si necesita ayuda, al dorso de la factura encontrará información sobre cómo solicitar asistencia.
- Trate de negociar un arreglo de pagos accesible, pero no acuerde hacer algo que no pueda afrontar simplemente para evitar que su problema sea derivado al sector de cobranzas. En última instancia, esto le causará más problemas.
- Busque formas de financiamiento alternativas por parte de organizaciones sin fines de lucro y benéficas que le ayuden a compensar los costos y le ofrezcan una mejor oportunidad para hacer los pagos. Se dispone de ayuda en áreas tales como vivienda, servicios públicos, medicamentos, alimentos, transporte, cuidado infantil durante el tratamiento, y más.



Dónde empezar si el seguro le ha negado su servicio y no pagará por este



Si su plan de seguro se niega a aprobar o a pagar una reclamación médica, incluidos exámenes o procedimientos ordenados por su médico, usted tiene derechos garantizados para presentar una apelación. Estos derechos fueron ampliados como resultado de la Ley de Cuidado Asequible para los planes certificados.

Revise su carta de rechazo atentamente, ya que esta indicará los próximos pasos que usted debe seguir para apelar la decisión.

Su aseguradora debe proporcionarle por escrito:

- Información sobre su derecho a presentar una apelación
- La razón específica por la cual su reclamación o solicitud de cobertura fue rechazada
- Instrucciones detalladas sobre la presentación de apelaciones
- Fechas límite clave para presentar su apelación
- La disponibilidad de un programa de asistencia al consumidor en algunos estados

Motivos por los cuales su seguro puede negarle un pago o no aprobar una solicitud:

- Los servicios no se consideran médicamente necesarios
- Los servicios ya no son apropiados en un entorno de atención médica o a un nivel de atención específicos
- No se ha comprobado la eficacia del tratamiento médico
- De acuerdo con su plan de salud, usted no es elegible para el beneficio solicitado
- Los servicios se consideran de carácter experimental o investigativo para su afección
- La reclamación no se presentó de manera oportuna

Es importante recordar que la autorización previa no garantiza el pago de la reclamación.

Existen múltiples niveles de apelación. Incluso si la primera apelación es rechazada, usted tiene niveles de apelación adicionales que se describirán en los documentos de notificación del rechazo.

Si usted tiene facturas médicas vencidas por servicios ya prestados, trabaje con sus proveedores para que la factura no se envíe al sector de cobranzas mientras se lleve a cabo el proceso de apelación.

Considere una apelación como una disputa contractual con respecto a la interpretación de los detalles de la cobertura del plan. Las condiciones escritas de su plan de salud definen su contrato.

Su plan de salud no puede cancelar su cobertura o aumentar sus tarifas porque usted les pregunta para reconsiderar una negación.





Sus derechos en una revisión externa



Si a usted no le satisface la respuesta final del plan de seguro, solicite una revisión externa. Esta consiste en la revisión de la decisión del plan de salud por parte de un tercero independiente, que ya sea confirmará la decisión de la compañía de seguros o decidirá a favor del consumidor dejando sin efecto toda o parte de la decisión del plan de salud.

Las compañías de seguros de salud de todos los estados tienen la obligación de participar en un proceso de revisión externa que cumpla las normas mínimas de protección del consumidor, según lo dispuesto por la Ley de Cuidado Asequible. Las solicitudes de revisión externa solo pueden presentarse debido a rechazos relacionados con servicios cubiertos, y no pueden considerarse en relación con servicios identificados en las exclusiones o los rubros no cubiertos del plan. Cuando piense en optar por esta vía, lea atentamente la documentación y la carta de rechazo del plan con respecto al proceso y los plazos para una revisión externa.

Escenarios especiales con planes autofinanciados

Si su plan de salud es patrocinado por un empleador, este puede “autofinanciar” los beneficios de seguro de salud para los empleados. Esto significa que el empleador ejerce influencia en las decisiones finales que se toman sobre el pago de las reclamaciones médicas y sobre las decisiones de atención médica en relación con las condiciones escritas del plan. Si bien la compañía ha contratado a una organización de terceros para administrar y operar el plan, su empleador mantiene la autoridad para tomar decisiones como su asegurador.

Mantener al departamento de Recursos Humanos actualizado a lo largo de su proceso de apelación puede brindarle un aliado si su apelación no tiene éxito. Una vez que agote las opciones de apelación interna y externa, puede considerar la presentación de una apelación compasiva directamente a los máximos ejecutivos de su empleador. En circunstancias especiales, su empleador tiene autoridad para dejar sin efecto los rechazos o negaciones. Usted podrá obtener más información a través del departamento de Recursos Humanos de la empresa.

