

HEALTH ACTION

Como Apelar Una Decision De Su Seguro Médico O De Su Grupo Médico

Si no está satisfecho con una decisión de su seguro médico, grupo médico, o doctor, y quiere cambiarla, hay procedimientos que debe seguir para conseguirlo. La información en esta guía de acción esta diseñada para ayudarlo a determinar lo que quiere, como preparar una apelación e identificar recursos adicionales a su alcance para apoyarla.

El primer paso para resolver un problema es hablar con su doctor, grupo médico y su seguro médico. Si recibe la cobertura de los beneficios de salud a través de su empleador o si usted los paga, el departamento de recursos humanos de su trabajo o el agente que le vendió la póliza podrían ayudarle.

CONOZCA LOS BENEFICIOS DE SU SEGURO MEDICO, LAS EXCLUSIONES Y LIMITACIONES

Los beneficios, exclusiones y limitaciones de su seguro médico, están descritas en la secciones "Evidencia de Cobertura" (Evidence of Coverage - EOC) o "Descripción de Sumario del Plan" (Summary Plan Description - SPD) de su póliza.



Antes de decidirse a presentar una apelación usted debe examinar los documentos de su plan (el EOC o SPD) para determinar:

- *Los términos generales de su cobertura -qué dicen los documentos que está cubierto; y*
- *Las exclusiones y limitaciones de la cobertura -qué específicamente no está cubierto.*

POR QUE SE PRESENTAN APELACIONES

- Su doctor, grupo médico, o seguro médico declaran que el tratamiento que necesita no está cubierto bajo los beneficios de su seguro médico.
- El tratamiento que ha solicitado, el cual usted cree necesario y está cubierto, le ha sido negado porque se considera que no es médicamente necesario o solamente es considerado experimental.
- Si cree que el tratamiento o el medicamento que ha sido autorizado no es el mejor para conseguir su curación.
- Su seguro médico o grupo médico se niega a pagar por un beneficio o tratamiento que usted ya ha recibido.

SEPA QUIEN HA NEGADO SU TRATAMIENTO O COBERTURA

Si el beneficio negado viene de su doctor, podría discutir con él o ella para intentar que cambie de opinión. Quizás una segunda opinión o conseguir otro doctor sería aconsejable. Es importante que entienda la razón el por que el servicio que fue negado y las alternativas que su doctor le recomienda. Si no entiende por qué el beneficio o tratamiento le ha sido negado, pídale a su doctor que se lo explique en términos que usted pueda entender.



Hable primero con su doctor. Esté seguro que su doctor entiende sus síntomas y preocupaciones. Esté seguro que usted entiende lo que el doctor le recomienda.

Si el beneficio ha sido negado por su grupo médico o seguro médico, haga contacto con el departamento de asistencia al paciente o el de servicio al consumidor de su grupo médico o seguro médico, según quien haya hecho la decisión de negar el servicio. Dígale al representante que le explique la razón de por que ha sido negado el servicio, y pídale que se la dé por escrito.


HEALTH RIGHTS HOTLINE

ASISTENCIA INDEPENDIENTE PARA CONSUMIDORES DE CUIDADO DE SALUD

COMO APELAR UNA DECISION DE SU SEGURO MEDICO O DE SU GRUPO MEDICO

SEPA POR QUE EL TRATAMIENTO O COBERTURA HA SIDO NEGADO

La razón por la cual el cuidado o tratamiento ha sido negado es importante. Esté seguro de obtener la razón por que ha sido negado por escrito. Si su grupo médico o su seguro médico dice que el tratamiento no está cubierto, usted necesitará explicar el por qué usted no está de acuerdo con la decisión. Si usted cree que el tratamiento no es un beneficio cubierto, entonces tendría que hablar con su empleador acerca de cambiar la cobertura de beneficios.




Sepa quien ha negado el servicio. Esté seguro de obtener la razón de el servicio negado por escrito. Pídale a su doctor, al grupo médico al cual él o ella pertenecen, o al seguro médico que le den una explicación completa.

Si le niegan beneficios por la razón de que el tratamiento no es “médicamente necesario”, o si otro tratamiento es sugerido, usted tendría que explicar por qué el tratamiento que pretende es el más apropiado para aliviar su condición médica. Para hacer eso, usted tendría que investigar a fin de aprender más acerca de su condición médica y de los tratamientos que están disponibles. (Vea la Guía de Acción de Health Rights Hotline sobre “Aprendiendo Acerca de su Condición Médica”).

PARA PREPARAR LA APELACION

Una vez que entienda qué es lo que su seguro cubre y cree que su condición médica o el tratamiento solicitado no está excluido de su cobertura, y además cree que el tratamiento que busca es el más apropiado para su condición médica, entonces esté listo para preparar su apelación.

Probablemente necesita información de una variedad de fuentes. Cada situación es única, y necesita preparar un caso sólido para obtener lo que quiere.




Asegúrese de entender los requisitos de su seguro médico para presentar una apelación. Presente su apelación dentro de el tiempo limitado y establecidos por su seguro. Estudie la carta donde le niegan el servicio, los documentos de su seguro médico (el EOC o SPD) o llame al departamento de servicios al consumidor de su seguro para obtener información acerca de cómo presentar una apelación.

ESCRIBA UN DECLARACION BREVE

Empiece por preparar una declaración breve acerca de lo que usted está solicitando de su grupo médico o seguro médico. Sea específico y escriba:

- Qué acción quiere obtener de su seguro médico.
- Cada paso que haya dado incluyendo las fechas, nombres y títulos de las personas con quien haya hablado acerca de su condición médica y del tratamiento.



Si tiene una necesidad urgente, solicite una decisión “acelerada”. En situaciones urgentes los seguros médicos están obligados a responder rápidamente, casi siempre dentro de las 72 horas después de recibir su apelación.

APOYE SUS DECLARACION CON HECHOS

Los hechos que explican su situación deben apoyar su solicitud. Cuando usted prepare su apelación debe considerar incluir:

- Los síntomas o problemas que tiene con su salud y por cuanto tiempo.
- La historia de su tratamiento.
- Las recomendaciones de su doctor y el cuidado, si alguno, que su doctor o grupo médico le está recomendando.
- Si la condición de su salud ha mejorado con algún tratamiento o es probable que se ponga peor sin el cuidado que necesita.
- Los contactos y conversaciones que usted haya tenido con su doctor, grupo médico o seguro médico, relacionados con el beneficio que ha sido negado y su condición médica. Incluya cualquier documento que le haya dado su doctor, grupo médico o seguro médico.

También podría pedirle a su doctor que le escriba una carta explicando las razones por las que usted necesita el tratamiento o beneficio.

OBTENGA SU EXPEDIENTE MEDICO

Al revisar su expediente médico, usted puede enterarse de la razón por la cual se hizo la decisión y conseguir datos específicos para apoyar su apelación. Los documentos en su expediente médico pueden incluir exámenes de laboratorio, radiografías, gráficos, y cartas. Quizas tenga que pagar por las copias de su expediente. Los doctores, hospitales y otros proveedores están autorizados para cobrar un costo “razonable” por copias de su expediente médico. Usted también podría necesitar:

- Averiguar la condición médica específica para obtener su expediente médico de cada doctor u hospital. (La ley requiere que los documentos le sean entregados dentro de 15 días después de recibir su solicitud por escrito).
- Obtener su expediente de doctores que no pertenecen a su seguro y enviarlos a su doctor y a su seguro. (Con frecuencia, si su doctor solicita sus expedientes médicos, le son enviados sin costo alguno).

Asegúrese de conservar una copia de su expediente médico en su poder.



Llame a la oficina de su doctor para preguntar que debe hacer para solicitar su expediente médico. Seguramente en la oficina tienen formularios que puede firmar y es probable que tenga que pagar una cuota. También pregunte cuánto tiempo demorarán en hacer las copias y si usted las puede recoger o se las enviarán por correo.

REFIERASE DIRECTAMENTE DE LOS DOCUMENTOS DE SU SEGURO MEDICO

Cuando prepare su apelación, para referirse a sus beneficios o cobertura, use los términos oficiales que aparecen en su “Evidencia de Cobertura” (Evidence of Coverage - EOC) o “Descripción de Sumario del Plan” (Summary Plan Description - SPD).

- Siempre refiérase al documento, al número o números de la sección(es) en el documento y a las páginas donde encontró la información que está incluyendo de los documentos de su seguro médico.
- Explique por qué cree que el tratamiento que está solicitando es “medicamente necesario” o, si es aplicable, por qué no es un “tratamiento experimental.”

INCLUYA LA INFORMACION ADICIONAL QUE HAYA ENCONTRADO

Pueda que necesite encontrar información adicional técnica o legal que sirva de apoyo a su apelación. Esta información puede ser de artículos publicados en revistas médicas, guías de tratamientos, y opiniones de doctores y especialistas. (Vea la Guía de Acción de Health Rights Hotline “*Información Para Apoyar su Apelación*”).

PARA PREPARAR SU CASO

Entienda el problema

- Conozca los beneficios, las exclusiones y limitaciones de su seguro médico.
- Sepa quien le negó cuidado o cobertura y por qué se los negaron.

Prepare su apelación

- Escriba una breve declaración
- Apoye su declaración con hechos
 - Sus síntomas, historia del tratamiento y las recomendaciones del doctor
 - Una carta de su doctor
 - Los documentos de su expediente médico
 - Información adicional como artículos médicos u opiniones de expertos
- Considere obtener consejo legal



Esté seguro de incluir en su declaración cualquier información de apoyo que encuentre, mencione la fuente, la fecha, el número de las páginas, y otros detalles que crea que son importantes en su caso.

CONSIDERE OBTENER CONSEJO LEGAL

Si piensa que necesita ayuda profesional para preparar una apelación o cree que su caso puede convertirse en un pleito legal, usted debe considerar el discutir su caso con un abogado.

LLAME A HEALTH RIGHTS HOTLINE

La cobertura del cuidado de la salud puede ser complicada, pero usted tiene derechos. HEALTH RIGHTS HOTLINE está aquí para ayudarlo. HEALTH RIGHTS HOTLINE es un servicio gratuito, totalmente independiente, que provee información y asistencia acerca de sus derechos como consumidor de servicios de salud. Consejeros entrenados contestarán sus preguntas, le ayudarán a resolver sus diferencias con su grupo médico o seguro médico, y lo asistirán en el procedimiento de apelación. Si necesita ayuda, le invitamos a que nos llame.

RESUMEN DE TODO LO QUE DEBE HACER

- Asegúrese de saber exactamente a qué persona, departamento y dirección debe enviarles su apelación. La dirección debe aparecer en su EOC o SPD. Si está preocupado porque llegue dentro de la fecha limitada, remita los documentos por correo certificado, con acuse de recibo requerido. El acuse de recibo le servirá como prueba de que pidió la apelación a tiempo.
- Guarde una copia de su carta y de toda la información que usted envía con la apelación. Si incluye copias de la información que se encuentra en su expediente médico y cartas de su seguro médico o de doctor(es), asegúrese de que se quede con los originales.
- Entienda cuanto tiempo tiene su seguro médico para contestar su apelación. Si le preocupa una demora, llame a su seguro y pregunte sobre el progreso de su apelación. Sea persistente.

Y siempre, pida ayuda a su doctor, grupo médico, o seguro médico si no está seguro de lo que tiene que hacer o si tiene dificultades para encontrar u organizar la información necesaria para su apelación.



HEALTH RIGHTS HOTLINE

ASISTENCIA INDEPENDIENTE PARA CONSUMIDORES DE CUIDADO DE SALUD

519- 12TH STREET, SACRAMENTO, CA 95814

SACRAMENTO: (916) 551-2100 • LINEA GRATUITA: (888) 354-4474 • TDD: (916) 551-2180 • FAX: (916) 551-2158

Visite nuestro **WEBSITE: www.hrh.org**

Sirviendo en los condados El Dorado, Placer, Sacramento y Yolo

El permiso de reproducción es otorgado siempre que el credito se dé a Health Rights Hotline. Para distribución gratuita solamente.