

HEALTH ACTION

Lo Que Debe Hacer Si Tiene Un Problema Con Su Seguro Médico

Cuando se trata de su salud, es importante dar a conocer su disgusto con la calidad del cuidado que recibe, los servicios proveídos, o si cree que tiene derecho a más o diferentes beneficios de los que está recibiendo. Las compañías de seguros médicos, programas del gobierno como Medicare o Medi-Cal y agencias que supervisan los seguros médicos, tienen medidas formales que debe seguir si tiene un problema o una queja.

ALGUNAS RAZONES POR LAS CUALES ALGUNAS PERSONAS ENFRENTAN PROBLEMAS

Los problemas pueden resultar por muchas razones. Los más común resultan por dificultades en obtener cuidado especializado; limitaciones en servicios o beneficios; negación de reclamos porque los servicios no son considerados un beneficio cubierto por su póliza o el cuidado fue recibido fuera de la red de proveedores; disgusto con la calidad del cuidado recibido; o el tiempo que toma para tener una cita con un doctor o recibir autorización para un tratamiento.

BUSCANDO SOLUCION A SU PROBLEMA

Determine Lo Que Quiere.

Decida si solamente quiere dar a conocer lo que le sucedió o si quiere lograr algún cambio y/o una solución. Piense en lo que usted considera una solución justa o positiva a su problema. ¡Sepa lo que quiere!



Antes de llamar a su compañía de seguro médico u otro grupo acerca de su problema, escriba lo que busca y lo que pasó. Escribiendo lo que le sucedió en orden de fecha es muy práctico. Asegurese de tomar nota de cada contacto que haga acerca de su problema.

Revise su contrato.

Si usted cree que se le han negado beneficios o servicios, incluyendo servicios que necesita de inmediato, busque en los documentos de su plan médico, conocidos como "Evidencia de Cobertura" (Evidence of Coverage-EOC) o "Descripción en Resumen de Su Plan de Salud" (Summary Plan Description-SPD). Usted debió haber recibido una copia de estos documentos cuando se inscribió en su plan médico. Si no encuentra su EOC, pida a su compañía de empleo o al departamento de servicio al consumidor de su plan médico que le envíe uno.



Si escribe su queja, indique el beneficio específico que usted quiere de la misma manera que está escrito en el EOC.

Hable con su doctor.

Si no esta contento con los servicios de su doctor(a) u otro profesional médico, hable con él o ella directamente y averigüe si pueden llegar a un mejor entendimiento. La relación con su doctor(a) debe ser como una asociación. Hable con su doctor(a) sobre sus preocupaciones y dele la oportunidad de arreglar el problema. Usted tiene el derecho de escoger a otro doctor(a) si sigue descontento.

Contacte al grupo médico.

Muchos doctores forman parte de un grupo médico el cual tiene reglas específicas que los doctores deben seguir. Los grupos médicos pueden aprobar o negar referencias a especialistas, para ciertos exámenes, tratamientos o equipo médico. Su doctor también puede necesitar aprobación especial para referirlo a un especialista fuera del grupo médico. La mayoría de grupos médicos tienen un departamento para asistir al paciente que le puede ayudar a encontrar un doctor, resolver problemas de cuentas, u obtener referencias y autorizaciones para servicios.

HEALTH RIGHTS HOTLINE

ASISTENCIA INDEPENDIENTE PARA CONSUMIDORES DE CUIDADO DE SALUD

LO QUE DEBE HACER SI TIENE UN PROBLEMA CON SU SEGURO MEDICO



Preguntele a su doctor, a cuál grupo médico pertenece él o ella. También le puede preguntar al departamento de servicio al cliente de su seguro médico a cuál grupo médico pertenece su doctor. Su doctor o seguro médico deben estar adeptos para proveerle el numero telefónico para el departamento de asistencia al paciente de su grupo médico.

Pongase en contacto con su compañía de seguro médico.

Muchos problemas y preocupaciones se pueden resolver con llamar al departamento de servicio al cliente de su compañía de seguro médico (también conocido como “servicio al miembro”). Su seguro médico tiene la obligación de resolver sus problemas. Asegurese de preguntar y escribir el nombre de la persona que le asistió para que pueda volver a comunicarse con él o ella otra vez si necesita volver a llamar.



Sea persistente. Prosiga con su grupo médico o plan médico. Pregunte para cuando tendrá una respuesta. Vuelva a llamar al grupo médico o plan médico si no obtiene una respuesta dentro de un tiempo razonable.

Cuando llame a su seguro médico o grupo médico, su queja será grabada, ya sea por introducir la información en la computadora o grabando la llamada como parte del control de llamadas que recibe el departamento de servicio al cliente. Se le debe avisar si se está grabando su llamada. Esta es una manera en la cual los grupos y seguros médicos miden la satisfacción de sus clientes, pero también significa que cualquier cosa que diga puede formar parte de su archivo.



Asegure de describir cualquier esfuerzo que usted haya hecho para tratar de resolver el problema. Dígale al representante de su grupo o seguro médico con quién ha hablado, cuando habló con ellos y lo que le dijeron.

Hable con su compañía de empleo.

Si recibe su cobertura médica por medio de su empleo o el de su pareja, la oficina de recursos humanos o administrador de beneficios le puede ayudar a resolver preguntas acerca de los beneficios y pólizas de su plan médico. Si recibió un manual para empleados, revíselo para averiguar si debe seguir algún procedimiento cuando tiene preguntas o problemas relacionados a sus beneficios médicos.

LOS PROCEDIMIENTOS FORMALES PARA PRESENTAR UNA QUEJA

Si no está satisfecho con la resolución a su problema, puede presentar una queja. Una queja se puede registrar con su compañía de seguro médico o con el grupo médico o ambas al igual que con ciertas agencias gubernamentales y privadas. Debe registrar una descripción del problema por escrito.



Cuando va a enviar por correo un documento importante, tal como su queja o apelación, es bueno acostumbrar mandarlo por correo certificado con un Recibo de Regreso Requerido para que usted pueda verificar la fecha en que fue recibida su carta por la compañía de seguros o su grupo médico.

Revise su contrato.

Revise los documentos de su seguro médico (su EOC o SPD) y busque una descripción del procedimiento de su seguro médico para presentar una apelación. Usted tiene el derecho de una respuesta rápida, especialmente si su desacuerdo concierne una negación de servicios médicos que usted cree que debe recibir. El EOC o SPD debe detallar cuanto tiempo tomará su plan de seguro médico para responderle sobre quejas de emergencia y no emergencia.



Algunos seguros médicos o plan de salud médicos tienen un formulario para que usted llene y describa su problema o preocupación. Para informarse llame al departamento de servicio al consumidor al numero enlistado en su EOC o SPD.

Desarrollando su caso.

Si usted decide registrar su queja o apelar una decisión hecha por su seguro médico o grupo médico, es importante hacer su caso lo más convincente que sea posible. Puede adjuntar por ejemplo, cartas de su doctor, copias de artículos de revistas médicas, o los reglamentos de tratamiento para apoyar su posición. Asegurese de incluir copia de su archivo personal, incluir notas de conversaciones con su doctor, grupo médico o seguro médico, con su apelación.



Si ha recibido un cobro que usted no cree debe ser su responsabilidad pagar o si tiene cualquier otro(s) documento(s) que se relacionen al problema, haga una fotocopia e incluyalo(s) con su apelación. Recuerde mantener los originales.

Respuesta a su queja.

Debe esperar una respuesta en escrito de su seguro médico reconociendo haber recibido su queja y una descripción de lo que planean hacer para resolver su problema. Se le debe avisar por escrito acerca de la decisión que ha tomado su seguro médico. Esta respuesta debe explicarle lo que se otorgó y lo que se negó y el porqué. También se le debe informar sobre lo que puede hacer si desea apelar una decisión que usted no cree ser justa.



Si usted tiene una emergencia, se requiere que su seguro médico resuelva su queja rápidamente. Revise su EOC o SPD o llame al departamento de servicio al consumidor de su seguro médico para averiguar como pedir una reconsideración acelerada de su queja.

Es un requisito que la mayoría de seguros médicos resuelvan quejas del consumidor dentro de treinta días o menos, dependiendo del problema. Dependiendo del tipo de seguro que tiene, o si obtiene su cobertura por medio de Medicare o Medi-cal, usted puede tener

derechos adicionales. *Para más información lea los folletos de Health Rights Hotline acerca de "Sus Derechos de Apelación En Los Seguros Médicos de Medicare" o "Sus Derechos de Apelación en los Seguros Médicos y Dentales de Medi-Cal."*

APELACION DE UNA DECISION

Usted puede pedir una revisión de cualquier decisión. En algunos casos usted puede presenciar ante un comité que revisará su caso. Tal vez tenga que requerirlo por escrito, usualmente dentro de un tiempo limitado empesando de la fecha en que le notificó el grupo médico o seguro médico por escrito de la decisión tomada.



Asegurese de comprender los procedimientos que usa su seguro médico y reuna los requisitos de líneas de tiempo. Algunos seguros médicos tienen reglas muy específicas acerca de cuando le responderan a su queja y cuanto tiempo tiene usted para apelar la contestación o tomar otro paso. Si no entiende bien los procedimientos pregúntele a un representante del servicio al consumidor que se los explique.

Si una junta de revisión de apelación es parte del proceso en su seguro, pregunte si puede traer a alguien con usted para ayudarle a presentar su apelación, tal como a un amigo o un abogado. Pero recuerde, esto no es una corte de leyes y el proceso es informal. Se le pedirá que presente su caso en sus propias palabras en frente del comité de seguro médico. Además, deberá contestar a sus preguntas.



Usted tiene el derecho de saber quién asistirá a una audiencia de apelación y quién hará la decisión. Haga la pregunta a su seguro médico. Dependiendo del problema, usted quedará considerar que su doctor está presente o escriba una carta a favor de su situación.

¿CUANDO ES UNA DECISION “FINAL”? - ARBITRAJE OBLIGATORIO Y SUS OPCIONES LEGALES

Muchos seguros médicos usan un procedimiento llamado “arbitraje obligatorio” como el último paso para resolver una queja, apelación o reclamo. En la mayoría de casos, usted habrá firmado un acuerdo de seguir éste proceso cuando se registró con su compañía de seguros. El arbitraje obligatorio significa que la decisión del arbitro es final.

Aunque tenga o no un acuerdo de arbitraje, puede que usted tenga otros derechos legales si está en desacuerdo con la decisión de su seguro médico. Mientras tal vez sea su último recurso, usted puede consultar con un abogado para que lo represente y lleve su caso a corte.

Sus derechos como consumidor de cuidado de salud dependen del tipo de seguro que tiene y quién paga por su cuidado.

Lea el folleto de Health Rights Hotline acerca de “Recursos Para Ayudarle a Resolver Sus Problemas Con el Cuidado De Salud” para obtener más información de donde puede obtener asistencia adicional.

LLAME A HEALTH RIGHTS HOTLINE

El cuidado de la salud puede ser complicado, pero usted tiene derechos. HEALTH RIGHTS HOTLINE está aquí para asistirle. HEALTH RIGHTS HOTLINE es un servicio totalmente independiente y gratuito que provee información y asistencia acerca de sus derechos del cuidado de salud como consumidor. Consejeros experimentados contestaran sus preguntas y le ayudaran a resolver sus problemas con su grupo médico o seguro médico. Si necesita ayuda, llámenos.



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.