

Cómo apelar una decisión del seguro de atención médica: *Guía para los consumidores en el estado de Washington*

Agosto de 2011
Versión 4.0

Esta guía fue publicada por fondos suministrados por la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio y administrados por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE.UU.

Índice

	Carta del comisionado	3
	Introducción	4
	Dónde comenzar	6
	SECCIÓN A: Información sobre apelaciones	
	PASO 1: Identifique su plan y su situación	
1.1	Identifique su tipo de cobertura de seguro	7
1.2	Identifique si su situación es “previo al servicio” o “posterior al servicio”	8
1.3	¿Es urgente su asunto?	9
1.4	¿Error de cobranza por accidente o rechazo con intención?	10
1.5	¿Qué cubre su plan?	12
	PASO 2: Sepa quién regula su plan de salud y qué hacer una vez que ha decidido apelar	
2.1	Cada plan puede tener regulador diferentes	13
2.2	Cuadro: ¿Qué ley sigue su plan?	14
2.3	Dónde encontrar información sobre apelaciones para planes no sujetos a requisitos estatales o federales	15
2.4	Qué hacer antes de presentar su apelación	18

2.5	Recopile todos los documentos necesarios	19
PASO 3: El proceso de apelación – para planes con derechos adquiridos y sin derechos adquiridos (“otros”)		
3.1	Información sobre cómo presentar su apelación	20
3.2	Perspectiva general del proceso de apelación para planes con derechos adquiridos	22
3.3	Perspectiva general del proceso de apelación después de que la reforma de salud esté totalmente implementada	23
PASO 4: Aumente sus posibilidades de ganar su apelación		
4.1	Consejos para redactar su apelación	25
4.2	Lo que debe evitar al redactar su apelación	27
4.3	Resumen de mejores prácticas recomendadas y consejos para todo tipo de cobertura de salud	29
4.4	Consejos para escribir una buena carta de apelación	33
	Plantillas y cartas de muestra	35
	SECCIÓN B: Criterios de apelación y recursos adicionales	45
	➤ Cómo llevar seguimiento a su registro de comunicaciones	
	➤ Su hoja de trabajo para “Información importante”	
	➤ Preguntas frecuentes acerca de las leyes del estado de Washington	
	➤ Glosario de términos	
	➤ Lista de dependencias adicionales, sitios Web y lugares para usarlos como recurso	

La información que se proporciona en esta guía es un resumen de información general para el público. No pretende ocupar el lugar de la ley o los reglamentos escritos.

Cómo presentar una apelación de cuidado de salud



Carta del Comisionado de Seguros

Estimado residente del estado de Washington:

La reforma a la ley federal de cuidado de salud afectará prácticamente a todos en nuestro estado. La Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud a Bajo Costo cambiará la manera como se compra y brinda el cuidado de salud.

Una de mis responsabilidades como Comisionado de Seguros es defender a los consumidores de Washington y ayudarles a obtener la información que necesitan para tomar decisiones sobre los seguros.

Esta guía está diseñada para ayudarle a entender sus derechos de apelación de acuerdo a la ley actual, determinar los derechos nuevos que va a tener con la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Costo, y saber dónde obtener más información.

Si tiene preguntas acerca de la guía o si tiene un problema con su seguro, llame a nuestra línea directa gratuita para el consumidor de seguros al 1-800-562-6900, o envíeme un correo electrónico a AskMike@oic.wa.gov.

Estamos aquí para ayudarle.
Atentamente,

Mike Kreidler
Comisionado de Seguros del Estado de Washington

Introducción

Esta guía le brinda información sobre la manera de apelar una decisión de cuidado de salud tomada por su plan de salud.

Específicamente le brinda:

- Información sobre lo que puede esperar a lo largo del proceso.
- Consejos para que pueda aumentar sus posibilidades de ganar su apelación.
- Información sobre la manera como el proceso de apelaciones evolucionará con la reforma de salud.
- Recursos adicionales de información que no se incluyen en esta guía.

Esta guía le ayudará a conocer las opciones que tiene cuando recibe un rechazo de su plan de salud, y recomendará las mejores prácticas para su apelación.

Para presentar una apelación, será necesario que usted o su representante autorizado sigan el proceso establecido por su plan de salud.

La Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud a Bajo Costo y planes con derechos adquiridos

Con la aprobación de la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud a Bajo Costo (PPACA o ACA), a menudo llamada “reforma de salud” del 23 de marzo de 2010, se otorgaron nuevos derechos de apelación a consumidores en ciertos tipos de planes.

Los planes que deben cumplir con la nueva ley son:

- Planes que se crearon después de aprobar la ley; O BIEN
- Planes que ya existían antes de aprobar la ley y que tienen ciertos cambios, por lo que ahora tienen menos beneficios, costos más altos para los consumidores o las dos cosas.*

Los planes que existían antes del 23 de marzo de 2010 y que no tengan cambios significativos en los beneficios o costos pagados por el consumidor no tienen que cumplir con la nueva ley. A estos planes se les conoce como [planes con derechos adquiridos](#).

Debido a esta distinción, es importante que alguien que apele una decisión de cuidado de salud sepa si su plan tiene derechos adquiridos, o si se considera que es “otro” tipo de plan. (En el [Paso 3.1](#) se comenta esto con más detalle.)

Por ley, las aseguradoras deben avisar por escrito a los participantes si su plan es de derechos adquiridos. Lo más probable es que cuando comience cada año del plan reciba un folleto explicando sus beneficios.

* [“Cómo mantener el plan de salud que tiene: la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Costo y los planes de salud ‘con derechos adquiridos’](#) (Keeping the Health Plan You Have: The Affordable Care Act and “Grandfathered” Health Plans)

¿Por dónde empezar?

Por lo general, las apelaciones consisten siempre de tres fases:

Fase 1 —> Rechazo de la solicitud de servicio, pago o cobertura

Fase 2 —> *Apelación interna* a su plan de salud o aseguradora

Fase 3 —> *Apelación externa* a un revisor independiente (si corresponde)

Dependiendo de su situación, tal vez quiera leer la guía completa, o tal vez quiera leer las secciones específicas. El Índice le ayudará a recorrer la guía si elige leer secciones específicas.

Si en algún momento necesita ayuda para entender el contenido de esta guía, o si tiene una pregunta que no se responde aquí, llame a nuestra línea directa para el consumidor de seguros al 1-800-562-6900. El Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE.UU. designa actualmente a nuestra División de Protección al Consumidor como el defensor oficial en el estado de Washington para consumidores que tienen preguntas o quejas acerca de las apelaciones del cuidado de salud.

Mejor práctica recomendada

Cuando tenga dudas, pida a su plan de salud que reevalúe el rechazo

Su plan de salud NO PUEDE abandonar su cobertura o aumentar sus tarifas porque usted les pide que reconsideren un rechazo. Usted tiene permitido pedir una apelación: Es su derecho.

En los últimos tres años (2008-2010), el 22 por ciento de consumidores con planes de salud plenamente asegurados que presentaron sus apelaciones ante una *Organización de Revisión Independiente* tuvieron éxito.

(Fuente: Departamento de Salud de WA, 2011)

SECCIÓN A: Información sobre apelaciones

PASO 1: Identifique su plan y su situación

1.1 Identifique su tipo de cobertura de seguro

Encuentre su fuente de cobertura	→ Tipo de plan
¿Están usted o su familia inscritos en un plan que ofrece su empleador a los empleados en su lugar de trabajo o que compra a través de una asociación?	Si responde que sí, entonces tiene un plan de grupo
¿Tiene seguro a través de un programa público? Por ejemplo: Medicare, Basic Health, Apple Health for Kids u otro tipo de programa patrocinado a nivel estatal o federal	Si responde que sí, entonces tiene un plan patrocinado por el gobierno
¿Tiene una póliza que usted o un familiar compraron directamente a una compañía de seguros?	Si responde que sí, entonces tiene un plan individual

Si tiene alguna de las pólizas enumeradas a continuación, necesitará ponerse en contacto con el proveedor de la póliza para conocer el proceso de apelación que podría estar disponible para usted, ya que estas pólizas no se reconocen como planes de salud según la ley del estado de Washington.*

<ul style="list-style-type: none"> ▪ Seguro de cuidado de largo plazo ▪ Cobertura complementaria de Medicare ▪ Servicios de cuidado de salud limitado ▪ Seguro de ingreso por discapacidad ▪ Cobertura proporcionada para un reclamo de lesiones personales de un automóvil o propietario de casa ▪ Cobertura de compensación del trabajador 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sólo accidente ▪ Indemnización de pago fijo o seguro médico miniatura ▪ Cobertura para enfermedades críticas (una póliza para enfermedades graves, como el cáncer) ▪ Cobertura sólo dental o de la vista ▪ Seguro de propósito limitado de corto plazo (por ejemplo, cobertura para estudiantes)
--	--

* RCW 48.43.005(19)(a-l).

1.2 Identifique si su situación es “previa al servicio” o “posterior al servicio”

Es posible que haya recibido un rechazo de su plan de salud debido a lo siguiente:

- Se rechazó el pago a su proveedor médico por algunos o todos los cuidados que ya había recibido, lo cual se conoce como una determinación **“posterior al servicio”**; o bien
- Se negó aprobación para el tratamiento que recibe actualmente (o para el tratamiento que recomienda su proveedor médico), lo cual se conoce como una determinación **“previa al servicio”**.
 - Si tiene una situación previa al servicio y es una situación médica urgente, puede estar calificado para un tiempo de respuesta más breve en su apelación. Si desea más información, consulte el paso 1.3.

Si tiene otro tipo de situación (como una situación de elegibilidad), llámenos al 1-800-562-6900 y pregunte si puede presentar una apelación en su situación.

1.3 ¿Es urgente su asunto?

Si su situación es urgente, su plan de salud decidirá su apelación más rápidamente que si no fuera un asunto urgente. Esto se llama **apelación expedita**.

Usted puede presentar una apelación expedita si:

- Actualmente ya recibe o le recetaron un tratamiento; y
- Tiene una situación “urgente”. Urgente significa que un profesional médico considera que una demora en el tratamiento podría poner en peligro grave su vida o su salud general, afectar su capacidad para recuperarse lo más posible, o someterlo a un dolor intenso e intolerable.

-O BIEN-

- Tiene un asunto relacionado con admisión, disponibilidad de la atención, estancia continua o servicios de cuidado de salud recibidos en una emergencia y no le han dado de alta.

No puede presentar una apelación expedita si:

- Ya recibió el tratamiento y está disputando el reclamo rechazado; o bien
- Su situación no es urgente.

¿Quién decide si su situación es urgente?

Un profesional médico con conocimientos de su problema médico o el director médico de su aseguradora.*

¿Cómo presenta una apelación urgente?

Usted (o su representante autorizado) puede presentar su apelación expedita verbalmente ante su plan de salud.

A partir del 1 de enero de 2012, su plan de salud (siempre y cuando no tenga derechos adquiridos) debe responder tan pronto como sea posible, de preferencia en menos de 24 horas, pero no en más de 72 horas. Podrían dar su respuesta verbalmente, pero deben darla por escrito a más tardar a 72 horas de la decisión verbal. Incluso usted podría tener la opción de solicitar una revisión por parte de una organización de revisión independiente y certificada antes de que se complete la revisión interna de su plan de salud.**

Si necesita presentar una apelación urgente, le sugerimos que usted, su representante autorizado o su profesional médico llamen de inmediato a su plan de salud.

*RCW 48.43.530(5)(c)

**WAC 284-43-540

1.4 ¿Error de cobranza por accidente o rechazo con intención?

Si se rechazó su reclamo, primero descarte la posibilidad de que sea un error de cobranza. Vuelva a leer el material que le envió su plan de salud, que lo más probable es que sea la declaración de la [Explicación de beneficios](#) (EOB), y confirme lo siguiente:

- Usted (o un familiar cubierto) hizo la consulta con un proveedor médico
- Se han identificado a los grupos correctos (usted, el proveedor y el plan de salud)
- El proveedor médico le cobró a su plan de salud correctamente:
 - Los cargos
 - La fecha de servicio
 - Los códigos médicos actuales y los servicios enumerados que recibió en el orden correcto

Si alguno de estos detalles no es correcto, o si tiene preguntas sobre lo que significan ciertos códigos, llame al consultorio de su proveedor médico y pregunte.

Si le dicen que todo se cobró correctamente y usted cree que la aseguradora debe pagar la cuenta, le recomendamos que siga leyendo esta guía. También puede llamar a nuestra línea directa del consumidor de seguros al 1-800-562-6900, y le ayudaremos a decidir si necesita presentar una queja ante nuestra oficina o presentar una apelación ante su plan de salud, o ambas cosas.

Mejor práctica recomendada

Conserve registros detallados

Antes de ponerse en contacto con alguien, genere un registro donde documente:

- El tipo de contacto que hizo (teléfono, correo electrónico, conversación en persona, carta, etc.)
- La fecha
- Con quién habló
- Lo que se dijo

Revise el registro de comunicaciones en la Sección B, donde puede ver un ejemplo de cómo llevar un seguimiento de sus contactos.

Una razón para mantener registros detallados es que, con frecuencia, las compañías de seguros reconocerán sus errores.

Por ejemplo, si recibió información incorrecta del representante de servicio a clientes de una compañía de seguros, la compañía comprobará la información que le proporcionaron y, por lo general, corregirán el error a favor de usted, pero solamente en rechazos anteriores. No tomarán las mismas decisiones en el futuro una vez que proporcionen la información correcta.

Mejor práctica recomendada

Errores de cobranza

Si cree que hubo un error de cobranza, pida al consultorio del médico (o busque en Internet) una descripción detallada del significado de la *Codificación de Terminología Actual* (CPT) o del código del tratamiento.

Algunas veces surgen disputas válidas con respecto a los códigos del tratamiento. La codificación CPT actual es un método manuscrito para transmitir información de reclamos de los proveedores médicos a los planes de seguros médicos. En general, la cobertura del plan de salud y las exclusiones no se refieren a los códigos CPT ni a cómo deben aplicarse. Solamente se refieren a tratamientos específicos.

Si cree que los códigos no representan de manera justa el tratamiento que recibió, puede pedir a su médico que le envíe a la compañía las notas de su expediente. Su plan de salud podría usar esas notas para determinar si el tratamiento que recibió está o no cubierto, y realizar ajustes al reclamo original.

1.5 ¿Qué cubre su plan?

Su póliza de seguro debe explicar lo siguiente (o explicar dónde encontrar esta información):

- Sus beneficios de cuidados de salud y los límites a la cantidad de veces que puede usar un beneficio específico (es decir, algunos planes cubren solamente 10 consultas al quiropráctico por persona por año)
- Detalles sobre los *copagos*: esto es el costo compartido con su compañía de seguros (es decir, tal vez tenga un copago de \$20 cada vez que visite al médico)
- El *deducible*, si lo hubiera, con el que debe cumplir antes de que el plan comience a pagar la atención médica que recibió
- Las *exclusiones* o limitaciones de la póliza (lo que no cubre su plan)
- La manera en que la póliza define la necesidad médica y el tratamiento experimental
- Los beneficios que requieren un permiso por anticipado de su plan de salud, y cómo obtener esa aprobación
- Cómo apelar decisiones tomadas por su plan de salud
- Los proveedores médicos que puede usar

Antes de que decida presentar una apelación, lea:

- Los beneficios cubiertos en el folleto de beneficios de su plan
- Lo que su plan de salud no va a cubrir. Esto lo encontrará en la sección de exclusiones y limitaciones (en algunos planes tal vez tenga que comunicarse directamente con su plan de salud para obtener esta información)

Mejor práctica recomendada

Información acerca de sus beneficios

Asegúrese de tener la copia más reciente del folleto de beneficios de su plan, la cual debe incluir las exclusiones y limitaciones específicas de su plan.

Siguiente paso:

Conozca quién regula su plan de salud y qué hacer una vez que decida apelar.

PASO 2: Conozca quién regula su plan de salud y qué hacer una vez que ha decidido apelar

2.1 Diferentes planes tienen diferentes reguladores

En el paso 1 usted identificó el tipo de plan que tiene. Ahora vamos a identificar quién regula ese plan, lo cual determina su proceso de apelaciones.

El proceso de apelaciones de su plan está regulado por una de las siguientes opciones:

- Leyes federales (como *ERISA*, *COBRA*, y *HIPAA**); y/o
- Ley del estado de Washington (*RCW* y *WAC*); o
- Ninguna; tal vez su plan tenga permitido establecer su propio proceso porque no está sujeto a las leyes federales o estatales mencionadas anteriormente.

* Para ver las definiciones, consulte el “[Glosario de términos usuales](#)” en la Sección B.

El cuadro del inciso 2.2 le ayudará a identificar las leyes que sigue el proceso de apelaciones de su plan.

2.2 Cuadro: ¿Qué ley sigue su plan?

Utilice este cuadro para averiguar quién regula su plan. Si la “x” de su plan se encuentra en una de las primeras dos columnas y no es un plan con derechos adquiridos, entonces está sujeto a la Ley de Cuidado de Salud a Bajo Costo.

Tipo de seguro	El plan está regulado por:		
	Estado de WA	Federal	Específico del plan
PLAN INDIVIDUAL			
Pólizas de seguro compradas a una compañía de seguros	x		
Grupo de seguros médicos del estado de Washington (WSHIP)			x
PLAN DE GRUPO (comprado del trabajo o asociación)*			
Autofinanciado		x	
Autofinanciado exento o que no es de ERISA			x
Totalmente asegurado	x		
Otros planes, incluyendo los PATROCINADOS POR EL GOBIERNO			
Plan de salud básico/Plan de salud de Washington	x		
Medicare Original (Partes A y B) y Medicamentos de receta de Medicare (Parte D)			x
Medicare Advantage			x
Plan de seguro de problemas de salud preexistentes (PCIP)			x
Apple Health for Kids			x
DSHS y Servicios de salud de Medicaid (Provider One)	x		
Plan de seguro médico de Washington	x		
	Sujeto a ACA		Exento de ACA

*Aunque su folleto de beneficios y tal vez su tarjeta del seguro podrían indicar el tipo de póliza que tiene su plan de grupo, le recomendamos que pregunte a su departamento de Recursos Humanos para aclararlo. Ellos le pueden proporcionar una respuesta más precisa.

2.3 Dónde encontrar información sobre apelaciones para planes no sujetos a requisitos estatales o federales

- Medicare
- Grupo de seguros médicos del estado de Washington (WSHIP)
- Plan de seguro de problemas de salud preexistentes (PCIP)
- Apple Health for Kids
- Autofinanciado exento (por ejemplo, TRICARE o Plan Médico Uniforme)

Planes de Medicare

Plan	Dónde buscar información sobre apelaciones
Medicare Original	<ol style="list-style-type: none"> 1. Al reverso de su Aviso sumario de Medicare (Medicare Summary Notice) 2. En el sitio Web de Apelaciones y quejas de Medicare 3. En la Sección 3 de la publicación de Medicare en PDF (571 KB) Sus derechos y protecciones de Medicare (Your Medicare Rights and Protections) 4. En la versión actual de la publicación de Medicare en PDF (2.51 MB) Medicare y usted (Medicare & You).
Medicare Advantage	<ol style="list-style-type: none"> 1. En los materiales de su plan 2. Llamando a su plan 3. En la Sección 4 de la publicación de Medicare en PDF (571 KB) Sus derechos y protecciones de Medicare (Your Medicare Rights and Protections) 4. En el sitio Web de los planes Medicare Advantage y Medicare Cost: “Cómo presentar una queja (queja o apelación)” (How to File a Complaint (Grievance or Appeal)) 5. En la versión actual de la publicación de Medicare en PDF (571 KB) Medicare y usted (Medicare & You)
Medicamentos de receta de Medicare (Parte D)	<ol style="list-style-type: none"> 1. En los materiales de su plan 2. Llamando a su plan 3. En la Sección 5 de la publicación de Medicare Sus derechos y protecciones de Medicare (Your Medicare Rights and Protections) 4. En la versión actual de la publicación de Medicare Medicare y

Algunas situaciones relacionadas con Medicare se deciden realmente en la Administración del Seguro Social (SSA), la cual determina:

- Su elegibilidad para Medicare y las fechas de vigencia
- Cualquier penalización por inscripción tardía a Medicare
- Primas de Medicare
- Elegibilidad para ayuda adicional con la cobertura para Medicamentos de receta de Medicare (Parte D)

La SSA determina también si está calificado para recibir beneficios financieros por discapacidad, que incluyen:

- Seguridad de Discapacidad del Seguro Social (SSDI)
- Ingreso de Seguridad Suplementario (SSI)

Usted tiene el derecho de apelar las decisiones de la SSA. Si desea más información:

- Vaya a su oficina local de SSA
- Teléfono: 1-800-772-1213
- Sitio Web: <http://www.ssa.gov/pubs/10041.html>

Si ya intentó trabajar directamente con Medicare o su plan y todavía necesita ayuda, llame a nuestra línea directa del consumidor de seguros al 1-800-562-6900.

Grupo de seguros médicos del estado de Washington (WSHIP)

Sitio Web: <https://wship.org/Default.asp>, encuentre la política de quejas y apelaciones de WSHIP (WSHIP Complaints & Appeals Policy) debajo de la pestaña “Benefits” (Beneficios) en la columna de navegación del lado izquierdo.

Servicio a clientes: 1-800-877-5187, 8 a.m. - 5 p.m. (PT), de lunes a viernes

Plan de seguro para problemas de salud preexistentes (PCIP)

WSHIP supervisa el proceso de apelaciones de PCIP

Sitio Web: Consulte la [Política de quejas y apelaciones de PCIP \(PCIP Complaints & Appeals Policy\)](#)

Servicio a clientes: 1-877-505-0514

Apple Health for Kids

Incluye los tres programas siguientes:

- Programa de seguro médico infantil del estado (SCHIP)
- Programa de salud infantil (CHP)
- Medicaid for Kids

Si desea más información sobre apelaciones, llame al 1-800-562-3022 o comuníquese con su programa específico.

Autofinanciado exento

Esta categoría incluye diversos tipos de planes de salud. Algunos están exentos de la ley federal ERISA, como TRICARE.

El personal militar con TRICARE debe revisar:

- Sitio Web: <http://www.tricare.mil/mybenefit/>, escriba “Appeals” (Apelaciones) en la barra de búsqueda que se encuentra en la parte superior derecha del sitio.
- Teléfono: Llame al número de contacto de Tricare correspondiente señalado en su sitio Web: <http://www.tricare.mil/contacts/>

Otros están exentos de ERISA, pero tienen procesos de apelación sujetos al mismo conjunto de leyes que todos los planes regulados por el estado, como el Plan Médico Uniforme.

Plan Médico Uniforme - Es un plan de salud ofrecido a los empleados públicos del estado de Washington (activos y jubilados) y sus dependientes. Esta cobertura está bajo la jurisdicción de la Autoridad del Cuidado de Salud y está sujeta a los Derechos del paciente del estado de Washington. Esto significa que aunque tenga un proceso de apelación específico del plan, muchos de los derechos disponibles para los consumidores en planes regulados por el estado también estarán disponibles para los consumidores con esta cobertura.

Sitio Web: Obtenga información sobre apelaciones en <http://www.ump.hca.wa.gov/> (escriba “appeal” en la barra de búsqueda en la parte superior derecha de la página)

Si tiene un tipo diferente de plan autofinanciado exento, comuníquese con el administrador del plan y pida información acerca del proceso de apelaciones que usan.

2.4 Qué hacer antes de presentar su apelación

Hable al consultorio de su proveedor médico para avisarles que piensa apelar el rechazo. Trabaje con ellos para hacerse cargo de cualquier cuenta pendiente de pago.

Si una cuenta está vencida, tiene tres opciones. Puede:

- Demorar el pago hasta que conozca el resultado de su apelación. Pida al consultorio de su proveedor médico que no envíen la cuenta a las agencias de cobranza (tal vez lo hagan o tal vez no); o bien
- Prepare un plan de pagos y trate de negociar la cantidad que debe (para evitar que la cuenta se envíe a agencias de cobranza); o bien
- Pague la cuenta y reciba el reembolso de su plan de salud en caso de que gane la apelación.

La Oficina del Comisionado de Seguros no recomienda una de estas opciones en particular. Usted debe decidir lo que sea mejor para su situación.

2.5 Recopile todos los documentos necesarios

Para su conveniencia, puede usar la hoja de trabajo “Su información importante” (consulte la Sección B) para recopilar información, en caso de que la necesite posteriormente:

- Su información de contacto (nombre, dirección de correo, número de teléfono)
- Información de contacto de la persona que lo representa, si corresponde (como un abogado, padre o tutor, proveedor o persona que actúa como su abogado)
- Nombre de la compañía o grupo que ofrece el plan de salud
- Número de póliza y (si corresponde) los números de los reclamos
- Si su plan es a través de su empleador, el nombre y la ubicación de su empleador
- Nombres de los médicos o proveedores que brindaron atención o que dieron una opinión o una recomendación

Documentos que necesitaría recopilar para ayudarlo en su apelación:

- El folleto de sus beneficios más actual
- Su tarjeta del seguro
- Todos los documentos relacionados con la situación que está apelando
- Cualquier explicación del tratamiento o los servicios del consultorio de su proveedor médico
- Todos los rechazos (también conocidos por su plan de salud como determinaciones adversas de beneficios)
- Toda investigación que apoye su opinión de que debe revertirse el rechazo

Mejor práctica recomendada

Para obtener sus documentos

Recopile todos los registros médicos y otros documentos de respaldo desde el inicio del proceso de apelación.

Siguiente paso:

El proceso de apelación: antes y después de la reforma de salud

PASO 3: El proceso de apelación – Para planes con derechos adquiridos y sin derechos adquiridos (“otros”)

Paso 3.1 Información acerca del proceso de apelaciones

Como se mencionó anteriormente, esta guía le ayudará a saber lo que puede esperar de su proceso de apelación ante el plan de salud. Si ve información en esta guía diferente a lo que le dice su aseguradora, tome en cuenta que esta información es general. Llame a nuestra línea directa para el consumidor de seguros al 1-800-562-6900 si tuviera preguntas específicas.

Para presentar una apelación necesita ponerse en contacto con su plan de salud.

En las siguientes secciones encontrará información acerca de:

- El proceso de apelación antes de que la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio (ACA) se convirtiera en ley, lo cual seguirá siendo el proceso para los planes con derechos adquiridos; y
- El proceso de apelaciones para los “otros” planes, a partir del 1 de enero de 2012.

Revise: la diferencia entre los planes con derechos adquiridos y “otros”

Planes con derechos adquiridos

- Una póliza de seguro médico establecida antes de que se promulgó la ley ACA el 23 de marzo de 2010.
- No tienen que cumplir con los nuevos requisitos hasta que hayan hecho ciertos cambios que los haga perder su situación de plan con derechos adquiridos.*
- Si tiene un plan con derechos adquiridos, su aseguradora tiene que indicar en su folleto de beneficios que tiene derechos adquiridos.

“Otros” planes

- Planes que son:
 - Nuevos, con fechas de vigencia después de que se promulgó la ley ACA; o bien
 - Planes que existían antes de la ley ACA, y que perdieron su condición de derechos adquiridos en la renovación.
- Estos planes tienen que ofrecer un proceso de apelaciones que cumpla con la ley ACA.

Si no está seguro del tipo de plan que tiene, le recomendamos llamar a su aseguradora (con su tarjeta de seguro a la mano para hacer referencia a su número de póliza) y pregunte.

*"Cómo mantener el plan de salud que tiene: La Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio y los planes de salud "con derechos adquiridos"" ("Keeping the Health Plan You Have: The Affordable Care Act and "Grandfathered" Health Plans")
http://www.healthcare.gov/news/factsheets/keeping_the_health_plan_you_have_grandfathered.html

Y si falla todo lo demás, algunas veces con sólo pedir una excepción a su plan de salud puede ayudar a su caso. (Vea la carta de muestra número 2)

3.2 Perspectiva general del proceso de apelación para planes con derechos adquiridos

Por lo general, el proceso de apelaciones para planes con derechos adquiridos es el siguiente:

- a. Usted presenta su apelación al plan de salud (su plan de salud puede proporcionar un formulario para las apelaciones por escrito) dentro del plazo que exige su plan. Esto estará señalado en la determinación adversa o en el resumen de su plan.
- b. Puede recibir la decisión del plan en:
 - 72 horas o menos si es urgente*;
 - 14 a 30 días si es un rechazo anterior al servicio; o
 - 14 a 60 días si es un rechazo posterior al servicio.
- c. Si pierde su apelación en este primer nivel, tal vez tenga más niveles internos que completar antes de recibir la decisión final del plan sobre su apelación interna.
- d. Una vez que complete todos los niveles internos, tal vez pueda solicitar una revisión externa si su plan está plenamente asegurado. Su plan de salud asignará una Organización de Revisión Independiente (IRO, por sus siglas en inglés) para que revise su apelación.
 - La IRO debe avisarle a usted y a su plan de salud la decisión en el plazo permitido.**
 - Si la IRO revierte el rechazo, la decisión es vinculante para el plan de salud. Si confirma el rechazo, su única opción a esta altura es recurrir a la acción legal.

Todos los planes permiten a los participantes por lo menos una oportunidad de solicitar que la aseguradora reconsidere el rechazo, y algunos permiten más oportunidades. Sin embargo, si tiene un plan con derechos adquiridos, usted podría tener o no la opción de solicitar una revisión externa por un revisor independiente certificado. Su plan tiene que decirle si tiene disponible esta opción.

Si ya pasó por el proceso completo de apelación del plan y se confirma el rechazo original, su única opción a esta altura es buscar asesoría legal y ver si tiene disponible una revisión judicial.

Antes de presentar su apelación, lo exhortamos a leer sobre cómo aumentar sus posibilidades de ganar en el Paso 4.

* RCW 48.43.530(5)(c)

** WAC 246-305-050 (3)(a)(i) & (ii)

3.3 Perspectiva general del proceso de apelación para planes sin derechos adquiridos (“otros”)

A partir del 1 de enero de 2012, los planes sin derechos adquiridos tienen la obligación de implementar los nuevos requisitos de apelación de la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio.

Algunas cosas que ocurrirán si tiene un plan sin derechos adquiridos son:

Transparencia: Usted tendrá el derecho de:

- Saber la razón real del rechazo y recibirla por escrito.
- Acceder a su expediente y ver los criterios utilizados para tomar la decisión de rechazar el reclamo.
- Presentar pruebas como parte de su apelación.

Representación: Usted podrá autorizar a otra persona para que apele en su nombre.

Objetividad:

- Usted tendrá el derecho a una apelación externa por parte de un revisor independiente, sin importar si su plan está regulado por la ley estatal o federal.
- Las apelaciones no pueden ser consideradas por una persona que haya estado involucrada en el rechazo original.

Oportunidad: Si tiene una apelación urgente, recibirá una decisión sobre sus apelaciones con más rapidez y tendrá la opción de una revisión simultánea.

Por lo general, el proceso de apelaciones para planes sin derechos adquiridos es el siguiente:

- a. Usted presenta su apelación ante el plan de salud (el plan de salud puede proporcionarle un formulario para las apelaciones escritas) dentro del plazo que requiere su plan. Esto estará indicado en la determinación adversa o en el resumen de su plan.
- b. Su plan debe tomar la decisión en:
 - De preferencia en 24 horas o menos, pero no en más de 72 horas si es urgente*;
 - 14 a 30 días si es un rechazo anterior al servicio; o
 - 14 a 60 días si es un rechazo posterior al servicio.
- c. Si pierde este primer nivel de apelación interna y tiene un plan individual, puede solicitar una revisión externa. Si tiene un plan de grupo, el plan le avisará lo que puede hacer si desea continuar apelando. Algunos planes ofrecerán otra ronda de revisión interna, otros le dirán como presentar una solicitud de revisión externa y para otros esto podría significar recurrir a la acción legal.**

- d. Puede solicitar una revisión externa de la determinación de su plan de salud una vez que:
 - Complete la revisión interna; o
 - Su plan no le comunica su decisión en el tiempo permitido; o
 - Usted tiene un asunto sumamente urgente y solicita una revisión externa al mismo tiempo que la revisión interna.
- e. Su plan de salud asignará una Organización de Revisión Independiente (IRO, por sus siglas en inglés) para que revise su apelación.
 - Le avisará qué IRO revisará su apelación y le dará cinco días para proporcionar cualquier información que falte o pruebas adicionales.
 - La IRO debe notificarle a usted y al plan de salud la decisión en el plazo permitido:
 - 72 horas si es urgente;
 - 15 días después de recibir toda la información necesaria, o 20 días; después de recibir la recomendación (lo que ocurra primero) para planes plenamente asegurados***;
 - 45 para planes autoasegurados.
 - Si la IRO revierte el rechazo, la decisión es vinculante para el plan de salud. Si confirma el rechazo, su única opción a esta altura es buscar asesoría legal.

Puede encontrar más información acerca de su ruta específica de apelación en la Sección B.

Siguiente paso:

Aumente sus posibilidades de ganar su apelación

***WAC 284-43-540 (2)(b)**

****WAC 284-43-530(2)**

*****WAC 246-305-050 (3)(a)(i) & (ii)**

PASO 4: Aumente sus posibilidades de ganar su apelación

4.1 Consejos para redactar su apelación

Para aumentar sus posibilidades de ganar su apelación, tome en cuenta estos lineamientos:

Es más probable que las apelaciones se inclinen a su favor si:

- ✓ Contienen hechos que se demuestren fácilmente
- ✓ Van directo al grano y contienen solamente información necesaria
- ✓ Están completas
- ✓ Se envían dentro del plazo permitido por su plan
- ✓ Muestran que fue constructivo y persistente en sus interacciones con su plan de salud y su proveedor médico
- ✓ Son específicas en el resultado que espera

Si su plan de salud señaló una de las siguientes razones usuales por las que se rechaza un reclamo, considere usar los criterios recomendados para su apelación.

Estos han funcionado para otros consumidores en situaciones similares.

NO ES NECESARIO MÉDICAMENTE

- Usted tiene que demostrar que el proveedor médico piensa que el tratamiento recomendado es o fue necesario médicamente. Pida a su médico (y posiblemente a otros expertos médicos) que proporcione documentos por escrito para explicar sus criterios (vea la carta de muestra No. 1).
 - » Si tiene información de su plan sobre los criterios que utilizó para tomar su decisión, entréguela a su proveedor antes de que escriba su carta de apoyo, para que pueda explicar por qué la razón dada por la compañía de seguros no es válida.

EXPERIMENTAL

Su plan de salud podría cubrir un tratamiento considerado como experimental si usted o su proveedor médico pueden demostrar que es uno de los siguientes:

- Necesario médicamente
- Es el único tratamiento que funcionará (documente lo que no ha funcionado antes)
- Es menos caro que el tratamiento “estándar”
- La comunidad médica lo considera como tratamiento “estándar”
- Es un tratamiento que su plan de salud ya ha pagado anteriormente para personas con el mismo problema médico que usted; algo que su proveedor podría saber (vea la carta de muestra No. 5 en la Sección 4.4)

RED

Si rechazaron su reclamo porque el proveedor no estaba en la red, tendrá más posibilidades de ganar su apelación si puede demostrar que el plan:

- No tenía proveedores en la red con la especialidad que necesitaba (vea la carta de muestra No. 3 en la Sección 4.4)
- Tiene tiempos de espera muy largos para los proveedores en la red

OTRA POSIBLE RAZÓN PARA UN RECHAZO - ERROR POR PARTE DE SU PLAN

- Demuestre que usted o su proveedor médico siguieron las reglas de su plan de salud.
- Muestre cómo es que el tratamiento rechazado queda dentro de un área poco clara de los servicios que cubre el plan. Si no está excluido explícitamente, podría razonar que su plan debería pagarlo.

Y si falla todo lo demás, algunas veces con sólo pedir una excepción a su plan de salud puede servir para resolver su caso (vea la carta de muestra No. 2).

4.2 Lo que debe evitar al redactar su apelación

Es menos probable que una apelación se incline a su favor si:

- × La entregó después de la fecha límite
- × Es difícil de leer o no está bien organizada
- × Es excesivamente larga e incluye detalles innecesarios
- × Muestra muchas emociones más que hechos
- × Está incompleta
- × No se puede leer por estar escrita con mala letra.

Una manera de prevenir muchas de estas situaciones es que alguien más lea y revise su apelación antes de enviarla.

Las siguientes son razones usuales por las que los consumidores pierden sus apelaciones:

FALTA INFORMACIÓN

Si usted:

- No tiene una carta de su proveedor médico donde detalla por qué el procedimiento es médicamente necesario.
- No tiene cartas que tratan específicamente sobre:
 - Sus problemas médicos
 - La razón por la que el plan rechazó el reclamo
 - Por qué su plan debe cubrir su reclamo
- No proporciona el historial de tratamientos que intentó antes del tratamiento que su proveedor médico le receta actualmente.
- No proporciona información pertinente sobre algo que el plan de salud considera como pertinente y quiere investigar (por ejemplo, notas de visitas anteriores a un proveedor médico).
- No incluye evidencia para demostrar que la comunidad médica considera el tratamiento que recetó su proveedor como práctica estándar.

SU COMPAÑÍA DE SEGUROS CREE QUE SU SOLICITUD QUEDA FUERA DE SU RESPONSABILIDAD CONTRACTUAL

- A usted le recetaron o recibió tratamiento o una receta que no está cubierta por el plan.
- Usted no pagó la prima a tiempo y le cancelaron la póliza. El plan de salud no pagará los reclamos por beneficios utilizados después de que cancelaron la póliza.
- Usted disputó la cantidad contratada que pagó el plan de salud a su proveedor. Los consumidores no pueden solicitar que el plan pague cantidades más altas o más bajas a un proveedor de lo que el proveedor y el plan tengan acordado contractualmente por un servicio.
- Usted solicitó una decisión formal sobre una situación hipotética. A menos que a su proveedor se le requiera obtener autorización previa para un tratamiento que determine ser médicamente necesario, el plan de salud no tiene obligación de decirle con anticipación cómo procesaría un reclamo.
- Cosas a discreción de la compañía de seguros, como una solicitud de que se cambie de categoría a una receta.
- Errores de cobranza de su proveedor médico. Su plan de salud solamente puede responder a información proporcionada por su médico. Si su médico utilizó el código CPT equivocado o no obtuvo la autorización previa que requiere el plan, entonces se le podría hacer responsable a su proveedor por sus errores.

EL PROBLEMA ESTÁ ENTRE EL EMPLEADOR Y EL EMPLEADO

- **Problemas de elegibilidad:** Por ejemplo, cuando el empleador le dice al proveedor del plan de salud de grupo que un trabajador ya no califica para recibir cobertura en cierta fecha, y el plan de salud rechazó los reclamos que llegaron para ese trabajador después de esa fecha de vigencia.
 - » Esto pasa a menudo cuando se requiere a los empleados que trabajen cierta cantidad de horas para ser elegibles para el plan de salud de grupo.
- **Pago retrasado de la prima:** Cuando un empleador no paga su parte de la prima al plan de salud y el plan de salud cancela la cobertura para todos los empleados del plan. Usted no puede arreglar estos dos últimos problemas presentando una apelación. Más bien, como empleado, considere presentar una queja ante:

United States Department of Labor - Employee Benefits Security Administration
Teléfono: 1-866-444-EBSA (3272)

4.3 Resumen de mejores prácticas recomendadas y consejos para todo tipo de cobertura de salud

CUANDO CREA QUE SU PLAN DEBE PAGAR LA COBERTURA... APELE.

Si no gana en el primer nivel, siga apelando al siguiente nivel hasta que agote todas sus opciones.

Para sus interacciones con su profesional médico o su plan de salud:

- Si mantiene un registro detallado de lo que pasó, aumentará sus posibilidades de ganar una apelación. La mayoría de las apelaciones requiere que demuestre algo, y eso puede ser mucho más fácil de lograr si tiene buenos registros. Documente todo.
- Mantenga un tono positivo en todas sus conversaciones y documentos por escrito.
 - Apéguese a los hechos y enfatice la información médica objetiva más que sus emociones.
 - Si alguien le dijo que le respondería cierto día y no lo hizo, tome el teléfono y comuníquese con esa persona.
- Si hay algo que no tiene claro, haga preguntas hasta que lo entienda.
- Cuando necesite enviar documentos a su profesional médico o plan de salud:
 - Envíe **copias** en lugar de los originales.
 - Envíe documentos por correo certificado; así sabrá cuando se han entregado. (El correo certificado significa que alguien tiene que firmar para recibirlo, y usted puede ver quién firmó y cuándo.)
- Sepa que puede elegir a una persona autorizada o a su profesional médico para que actúe en su nombre.
- Por lo general, su parte del costo de la atención médica es negociable.
 - Pida a su profesional médico que acepte la cantidad que pagará su plan de salud para un procedimiento como pago completo.
 - Si un plan de salud no pagará nada, trate de llegar a un arreglo por un precio que usted pague de su propio bolsillo.
 - Pida a su profesional médico que cambie la receta si no está cubierta por su plan.

Para un reclamo rechazado:

- Descarte la posibilidad de que sea un error de cobranza.
- Llame primero a la oficina de cobranza del profesional médico (documente la llamada en su registro).
- Dígalos que recibió en el correo un aviso de un pago rechazado por su plan de salud.
- Pregúnteles por qué su plan de salud negó el pago para una visita a su consultorio. Ellos le dirán si es un error de cobranza o un error de procesamiento de reclamos, y ambas situaciones deben ser aclaradas por la oficina del profesional médico. Si no es error de cobranza o de procesamiento, necesitará apelar para revertir el rechazo.

Compruebe que tiene una copia del resumen del plan más actual y las exclusiones y limitaciones del plan (si vienen por separado del resumen del plan). Tal vez necesite llamar a su plan de salud para saber dónde puede encontrar esta información en su sitio Web, o pida que se la envíen por correo.

Lea el rechazo para saber:

- La razón específica del rechazo;
- La disposición del plan que respalda la decisión;
- Lo que necesita el plan para revertir su fallo inicial;
- El proceso de apelaciones y quejas de su plan y los plazos asociados;
- Dónde enviar una apelación formal.

Considere presentar una queja ante nuestra oficina. Llame a nuestra línea directa del consumidor de seguros al **1-800-562-6900** para comentar su caso con un experto en seguros y averiguar cómo le podemos ayudar.

Pida una copia de todo lo que usó su plan para el rechazo

- Busque cualquier información que haga falta en su expediente para respaldar la autorización o el pago del beneficio.
- Asegúrese de que la investigación clínica que use esté actualizada. Pida asesoría a su médico y haga sus propias investigaciones en www.pubmed.gov, un sitio Web del Instituto Nacional de Salud.

Manténgase en contacto con su profesional médico

Si está apelando el rechazo, llame al personal de la oficina de cobranza del profesional médico y pídale que no envíen su cuenta a las agencias de cobranza. Es posible que acepten o no su solicitud.

Si le piden el pago, usted puede:

- Demorar el pago;
- Pagarlo en su totalidad; o

- Preparar un plan de pagos. Lo más probable es que su plan de salud le reembolse si gana su apelación.

Si va a necesitar una carta del profesional médico, confirme que estará disponible para escribirla (y que no estará fuera del consultorio).

Proporcione al profesional médico una copia de la disposición contractual que utiliza el plan de salud para el rechazo. También debe darle al profesional médico los documentos (como cartas, memorandos o notas) que le envió la compañía acerca del rechazo del reclamo. Esto ayuda a que los profesionales médicos centren sus declaraciones en asuntos relacionados con su apelación.

- Si lo permite el tiempo, pida que alguien lea y revise la carta que escribe el médico en su nombre. Asegúrese de que la carta trate las razones por las que su plan de salud rechaza el reclamo. Algunas cartas no son suficiente específicas o a veces contienen errores. Las apelaciones exitosas tienen cartas persuasivas de los médicos.

- Recopile y organice todos los registros médicos y otros documentos de apoyo desde que se inició el proceso. Algunos plazos de entrega para las apelaciones son muy cortos y necesitará estar preparado para producir con rapidez su documentación.

Si su plan de salud solicita más tiempo para considerar su reclamo, no tiene que otorgárselo. Si no le da una decisión final en el tiempo asignado, puede avanzar al siguiente nivel de apelación.

Si su plan de salud desiste voluntariamente de su derecho para revisar su apelación o no le da su decisión en la fecha requerida, usted tiene derecho a una revisión externa.

Para seguir recibiendo atención en una situación urgente

- Un plan de salud debe brindar cobertura continua mientras esté pendiente el resultado de una apelación. No puede reducir ni detener los beneficios para un curso de tratamiento continuo sin proporcionarle a usted un aviso por anticipado y una oportunidad de solicitar una revisión por anticipado. [RCW 48.43.535(8)]
 - Nota: Si pierde la apelación, podría ser responsable por el costo de la cobertura que recibió mientras se decidía la apelación.

Para coberturas rescindidas o canceladas

Cobertura rescindida:

- Las aseguradoras deben darle un aviso por escrito por lo menos 30 días calendario antes de que puedan rescindir* su cobertura de salud.
 - **Nota:* Rescindir es cuando su aseguradora cancela la aprobación original de su solicitud de cobertura y todo pago por los beneficios que usó. Esto sucede por

lo general cuando la aseguradora se entera de que usted no llenó la solicitud correctamente. Según la reforma de salud, las aseguradoras solamente pueden rescindir las pólizas cuando alguien mintió intencionalmente en la solicitud.

Cobertura cancelada:

- **Evite retrasarse en el pago de sus primas.** Si no paga sus primas de seguro, su plan de salud podría tolerar un pago de prima retrasado (vea la carta de muestra número 2). Tome en cuenta que normalmente no permitirá un segundo pago retrasado y cancelará su póliza.

COBRA cancelado:

- Su empleador podría cancelar su cobertura de **COBRA** si no realiza los pagos de su prima. La ley COBRA a nivel federal no requiere que su empleador le notifique que su cobertura está cancelada. Sin embargo, la ley HIPAA a nivel federal requiere que el empleador emita un certificado de cobertura acreditable al suscriptor cuando termine la cobertura.
 - Si cree que un ex empleador canceló su cobertura de COBRA por error, comuníquese con el Departamento del Trabajo (DOL, por sus siglas en inglés) de EE.UU., el cual supervisa los problemas con COBRA. Llame al 1-866-444-3272.

Para los planes de salud individuales

Cuestionario de Salud Estándar (SHQ, por sus siglas en inglés)

- Las compañías de seguros usan el Cuestionario de Salud Estándar (SHQ) para determinar si asegurarán a un solicitante en función de su estado de salud. Si una compañía de seguros se rehúsa a venderle una póliza porque no pasó esta prueba del examen de salud:
 - Puede apelar la manera como se calificó su cuestionario si piensa que hay errores en la manera como se sumó la calificación. No puede apelar la calificación asignada a cada elemento marcado o si no está de acuerdo con los puntos que marcó el plan de salud (basándose en los registros de su historial médico). Si tiene preguntas acerca del SHQ, lea la lista de preguntas frecuentes sobre éste en www.wship.org.
 - Puede solicitar la cobertura a través del Grupo de seguros médicos del estado de Washington (WSHIP, por sus siglas en inglés) mientras se revisa su apelación.

Cantidad de apelaciones permitidas

- A partir del 1 de enero de 2012 su plan de salud individual solamente puede permitir un nivel de apelación interna para tomar su decisión. Después de esa apelación interna, puede pedir una revisión externa, si fuera necesario.

Siguiente paso: Consejos

4.4 Consejos para escribir una buena carta de apelación

Una carta bien escrita y basada en los hechos es vital para sus posibilidades de ganar una apelación. Pero antes de escribir una carta, asegúrese de saber:

- Las fechas límite que debe cumplir para presentar una apelación.
- La persona o el departamento específico a quien necesita dirigir su correspondencia.
- La información específica que necesita su plan para revertir la decisión original.

Le damos algunos consejos para cuando escriba su carta de apelación... incluya:

1. Información de identificación sobre usted, su plan y el reclamo (o tratamiento) que rechazó el plan. De ser posible, incluya una fotocopia de su tarjeta de seguro con su apelación.
 - Si está escribiendo en nombre de otra persona como su representante autorizado, asegúrese de incluir su información de contacto y de establecer su derecho legal de actuar como representante.
2. Una declaración clara para identificar las decisiones que está apelando.
3. Una descripción de dónde se encuentra en el proceso de apelaciones.
4. Una declaración clara de lo que espera obtener con la apelación.
5. Una declaración sincera del por qué está apelando la decisión. Personalice esta parte de la carta según su situación. Asegúrese de incluir todos los hechos pertinentes y todos los detalles persuasivos.
6. Una descripción de toda la información de apoyo que haya incluido para que la junta de revisión la tome en cuenta.
7. Un índice, si ha incluido más de un par de documentos, para indicar al lector dónde puede encontrar elementos específicos.
8. Una declaración cortés de cierre después de declarar su caso, e indique que queda a la espera de escuchar su decisión.

Consejos para una vez que termine de escribir la carta:

9. Lea y revise la carta de apelación.
 - Para comenzar, deje pasar un tiempo lejos de la carta y vuelva a leerla como si fuera la primera vez. Pregúntese si la carta dice todo lo que quiere decir, y haga correcciones si no es así.
 - Una vez que esté satisfecho, pida a alguien más que la lea y le avise si encuentra algo que la haga difícil de leer, como errores de ortografía o gramaticales.

También podría preguntar a quien revise que identifique detalles que no sean pertinentes.

10. Una vez que termine la carta, imprima dos copias:
 - Ponga una copia con la apelación y envíela a la compañía de seguros por medio de correo certificado.
 - Conserve la segunda copia para sus registros y asegúrese de anotar cuándo envió por correo la otra copia y cuándo la recibió la compañía de seguros.
11. Para ver cómo podría integrar estos consejos, eche un vistazo a las siguientes plantillas de muestra y ejemplos de cartas escritas para escenarios específicos.

Esperamos que esta carta que hemos traducido le ayude a escribir la carta que usted tiene que mandar a su compañía de seguros (aseguradora). Es importante que pregunte a su compañía de seguros si aceptan apelaciones (o quejas) en español.

PLANTILLAS DE MUESTRA:

- 1) Solicitud de una apelación interna
- 2) Solicitud de una apelación externa
- 3) Solicitud de documentos para ayudar a un consumidor a prepararse para una apelación

CARTAS DE MUESTRA

- 1) Carta que apela un rechazo posterior al servicio considerado como no necesario médicamente
- 2) Carta que solicita que se restituya la póliza después de que no se pagó la prima
- 3) Carta que solicita una segunda opinión de alguien fuera de la red
- 4) Carta que solicita un pago de un plan de salud regulado por el estado para el cuidado de salud en casa de una niña enferma
- 5) Carta que apela un rechazo posterior al servicio, considerado como 'experimental'

PLANTILLA DE UNA CARTA DE MUESTRA PARA SOLICITAR UNA REVISIÓN DE PRIMER NIVEL (INTERNA)

Esperamos que esta carta que hemos traducido le ayude a escribir la carta que usted tiene que mandar a su compañía de seguros (aseguradora). Es importante que pregunte a su compañía de seguros si aceptan apelaciones (o quejas) en español.

[Su nombre]

[Su dirección]

[Fecha]

[Dirección del departamento de apelaciones de su plan de salud]

ASUNTO: [Nombre del asegurado]

Número de ID del plan: [123]

Número de reclamo: [456]

A quien corresponda:

Por medio de la presente solicito una revisión de su rechazo de [cobertura, autorización previa, u otro] del tratamiento recetado por mi profesional médico [Dr. ____] el [fecha].

La razón del rechazo fue señalada como [____], pero al revisar la versión más actual del resumen de mi plan, mi profesional médico y yo creemos que [____] debería cubrirse.

En este punto de la carta debe personalizar el mensaje de su situación particular, e incluir solamente los hechos pertinentes. Aquí tiene la oportunidad de contarles un poco sobre “qué” sucedió, y mucho del “por qué” piensa que debería cubrirse. Las declaraciones breves de hechos tienen más posibilidades de ganar su apelación que cartas largas y llenas de emociones o comentarios que no sean pertinentes para el asunto/el reclamo.

Si está entregando muchos documentos, dígales en esta carta lo que incluye, y el orden en el que los ordenó. Si corresponde, utilice un índice.

Una vez que describa su caso, avíseles dónde lo pueden localizar si necesitan más información.

Espero recibir su respuesta tan pronto como sea posible.

Atentamente,

[Su nombre]

[Información de contacto]

PLANTILLA DE UNA CARTA DE MUESTRA PARA SOLICITAR UNA REVISIÓN EXTERNA

Esperamos que esta carta que hemos traducido le ayude a escribir la carta que usted tiene que mandar a su compañía de seguros (aseguradora). Es importante que pregunte a su compañía de seguros si aceptan apelaciones (o quejas) en español.

[Su nombre]

[Su dirección]

[Fecha]

[Dirección del departamento de apelaciones de su plan de salud]

ASUNTO: [Nombre del asegurado]

Número de ID del plan: [123]

Número de reclamo: [456]

A quien corresponda:

Por medio de la presente solicito una revisión externa de parte de una Organización de Revisión Independiente (IRO) de una determinación de beneficios adversa interna y final que recibí el [fecha], y que incluyo con esta apelación.

Presenté mi apelación interna el [fecha], como respuesta a [*por ejemplo, un procedimiento que recibí previo consejo de mi médico de atención primaria, el cual ustedes no consideraron como médicamente necesario*]. Su junta de revisión tomó una decisión confirmando la decisión original de no cubrir este reclamo.

[Después de solicitar la revisión externa, por lo general este espacio de la carta es un buen momento para incluir todo lo que le hayan señalado desde que presentó su primera apelación. Por ejemplo: "En el proceso de la presentación de la apelación interna, me enteré que a mi médico primario le otorgaron una aprobación previa para mi procedimiento, tal como se documenta en las notas incluidas en esta apelación". De nuevo, apéguese a los hechos y vaya al grano.]

Espero recibir su respuesta tan pronto como sea posible.

Atentamente,

[Su nombre]

Información de contacto

PLANTILLA DE UNA CARTA DE MUESTRA PARA SOLICITAR DOCUMENTOS UTILIZADOS POR EL PLAN DE SALUD PARA SU DECISIÓN

Esperamos que esta carta que hemos traducido le ayude a escribir la carta que usted tiene que mandar a su compañía de seguros (aseguradora). Es importante que pregunte a su compañía de seguros si aceptan apelaciones (o quejas) en español.

[Su nombre]

[Su dirección]

[Fecha]

[Dirección del departamento de apelaciones de su plan de salud]

ASUNTO: [Nombre del asegurado]

Número de ID del plan: [123]

Número de reclamo: [456]

A quien corresponda:

Deseo solicitar que me envíen lo siguiente [*pida solamente lo que todavía no tiene*]:

- 1) Una descripción detallada de por qué se rechazó mi reclamo;
- 2) Una declaración escrita de los razonamientos clínicos de la decisión;
- 3) Instrucciones sobre cómo obtener el criterio de revisión clínica utilizado para tomar la determinación;
- 4) Todas las notas que hizo su compañía en mi expediente;
- 5) Una descripción de lo que necesitan para revertir el rechazo.

Mi profesional médico y yo necesitamos lo anterior para poder apelar su determinación del reclamo mencionado anteriormente.

Espero recibir su respuesta tan pronto como sea posible.

Atentamente,

[Su nombre]

Información de contacto

CARTA DE MUESTRA NÚMERO 1: APELACIÓN DE UN RECHAZO CON BASE EN LA FALTA DE NECESIDAD MÉDICA

Esperamos que esta carta que hemos traducido le ayude a escribir la carta que usted tiene que mandar a su compañía de seguros (aseguradora). Es importante que pregunte a su compañía de seguros si aceptan apelaciones (o quejas) en español.

Situación:

Un profesional médico le cobró al consumidor un reclamo posterior al servicio rechazado. El consumidor desea apelar el reclamo rechazado puesto que preguntó cuánto costaría antes de recibir los servicios y el médico contratado por el plan le dijo que el plan cubriría el ultrasonido después de realizar un copago de \$30.

La carta de muestra para el consumidor podría ser similar a la siguiente:

Nombre del consumidor, dirección, número de póliza

1 de junio de 2011

Información del Depto. de Apelaciones

A quien corresponda:

Por medio de la presente apelo la decisión de su compañía de negar el pago al Dr. Wilson por el estudio de ultrasonido que recibí el 14/3/11, reclamo número 2596BG. La razón señalada en el rechazo es que “no es médicamente necesario”.

Antes de tener el estudio de ultrasonido, pregunté en el consultorio del Dr. Wilson, quien es un profesional médico contratado, cuánto tendría que pagar de mi bolsillo por el ultrasonido. En su consultorio dijeron que sólo sería responsable de un copago de \$30.

Anexa encontrará la carta de mi médico, que describe:

- Por qué consideró que era médicamente necesario realizar el ultrasonido;
- Las notas de mi expediente de la visita al consultorio;
- La recomendación de realizar este ultrasonido;
- Un artículo reciente donde explican cómo es que los ultrasonidos estándar son para situaciones como la mía (alto conteo de enzimas hepáticas).

Sean tan amables de avisarme si necesitan más información para revisar mi caso (por teléfono: 253-555-7890).

Espero la rectificación de esta cuenta pendiente de manera oportuna.

Atentamente,

John Williams
253-555-7890

CARTA DE MUESTRA NÚMERO 2: APELACIÓN DE LA CANCELACIÓN DE UNA PÓLIZA POR FALTA DE PAGO

Esperamos que esta carta que hemos traducido le ayude a escribir la carta que usted tiene que mandar a su compañía de seguros (aseguradora). Es importante que pregunte a su compañía de seguros si aceptan apelaciones (o quejas) en español.

Situación:

Un consumidor no pudo pagar su prima del seguro médico debido a un error cometido por su departamento de nómina.

La carta de muestra para el consumidor podría ser similar a la siguiente:

Nombre del consumidor, dirección, número de póliza

15 de junio de 2011

Información del Depto. de Apelaciones

Estimados señores:

Por medio de la presente apelo la decisión de su compañía de cancelar mi póliza individual, a partir del 1 de junio, que ha estado vigente durante tres años. Atentamente solicito que se restablezca.

Si bien entiendo su requisito de que la cobertura depende del pago oportuno de las primas, les pido que realicen una excepción en este caso. El departamento de nómina de mi empleador cometió un error que me dejó a mí y a 29 compañeros de trabajo sin pago por depósito directo durante cuatro días. Dado que la prima de mi seguro médico está programada para deducirse de mi cuenta de cheques dos días después de recibir el pago normal, no hubo dinero suficiente en mi cuenta para cubrir la cuenta de \$624.

Tomen en cuenta que esto no había sucedido antes. Tengo una carta del Director de Recursos Humanos de mi compañía donde certifica que ocurrió este error de nómina y que tardó cuatro días en corregirse.

Espero conocer tan pronto como sea posible su decisión respecto a mi solicitud de restablecimiento, y les agradecería su comprensión ante este error que se presenta por primera vez.

Atentamente,

Charles Johnson
Información de contacto/teléfono

**CARTA DE MUESTRA NÚMERO 3: SOLICITUD DE UNA CONSULTA CON UN PROFESIONAL MÉDICO
FUERA DE LA RED**

Esperamos que esta carta que hemos traducido le ayude a escribir la carta que usted tiene que mandar a su compañía de seguros (aseguradora). Es importante que pregunte a su compañía de seguros si aceptan apelaciones (o quejas) en español.

Situación:

Un consumidor desea una segunda opinión de un profesional médico que no esté en la red de su plan de salud.

La carta de muestra para el consumidor podría ser similar a la siguiente:

Nombre del consumidor, dirección, número de póliza

5 de junio de 2011

Información del Depto. de apelaciones

Estimados señores:

Por medio de la presente apelo la decisión de su compañía de rechazar mi solicitud de una segunda opinión de un profesional médico fuera de su red.

Entiendo que mi póliza actual no tiene obligación de pagar por esto, pero me gustaría solicitar una excepción. Antes de comenzar cualquier tratamiento, me gustaría tener la confianza de que:

- 1) El tipo de cáncer fue identificado correctamente en mi primer diagnóstico.
- 2) El curso de tratamiento recomendado será efectivo para tratar mi cáncer.
- 3) No hay otro tipo de tratamiento en el mercado que sea menos invasivo y por lo tanto preferido.

Me gustaría tener la opinión del Dr. Miller, un especialista reconocido en este tipo de cáncer, que se encuentra en Seattle y no está en la red de mi plan.

Cuando solicité una segunda opinión el 2 de junio, Dawn Jones, su administradora de cuentas, me comentó que mi plan autorizaría una segunda opinión de un profesional médico únicamente dentro de mi red cubierta. No creo que eso sea adecuado, puesto que vivo en Spokane, y ya he visto al único profesional en la zona que tiene la experiencia de tratar este cáncer tan raro. Para consultar a un segundo especialista se requeriría una visita fuera de la red.

Entiendo que mi plan de salud pagará únicamente por el tratamiento aplicado por mi profesional médico de la red. Esta solicitud pide autorización de obtener únicamente una segunda opinión de un profesional fuera de la red.

Gracias por su consideración a esta solicitud de una excepción.

Atentamente,

Alexis Tate

Información de contacto/teléfono

CARTA DE MUESTRA NÚMERO 4: APELACIÓN DE UN RECHAZO BASADO EN UN ENTORNO DE ATENCIÓN DE SALUD

Esperamos que esta carta que hemos traducido le ayude a escribir la carta que usted tiene que mandar a su compañía de seguros (aseguradora). Es importante que pregunte a su compañía de seguros si aceptan apelaciones (o quejas) en español.

Situación:

Un consumidor con un plan regulado por el estado trata de que su compañía de seguros pague la atención médica en casa de su hija enferma. La compañía de seguros afirma que la atención no es médicamente necesaria o que ya se ha llegado al límite de la póliza respecto a la atención.

La carta de muestra para el consumidor podría ser similar a la siguiente:

Nombre del consumidor, dirección, número de póliza

8 de mayo de 2011

Información del Depto. de Apelaciones

Estimados señores:

Por medio de la presente apelo la decisión de su compañía de rechazar mi solicitud para la atención médica en casa para mi hija. No sólo su médico cree que ésta es la mejor opción de tratamiento para ella, sino que, lo más importante, este tratamiento es también un derecho garantizado para ella por el Código Administrativo de Washington.

Incluido en esta apelación encontrarán:

- 1) El plan de tratamiento por escrito del médico que atiende a mi hija;
- 2) Una carta de apoyo del mismo médico donde analiza los costos de hospitalización en comparación con la atención de salud en casa; y
- 3) Una copia de WAC 284-96-500, el reglamento que requiere la cobertura para la atención médica en casa.

Sean tan amables de revisar esta apelación y de avisarme si necesitan más información. Espero sus comentarios.

Atentamente,

Margaret Smythe
Información de contacto/teléfono

CARTA DE MUESTRA NÚMERO 5: APELACIÓN DE UN RECHAZO POR TRATAMIENTO EXPERIMENTAL

Esperamos que esta carta que hemos traducido le ayude a escribir la carta que usted tiene que mandar a su compañía de seguros (aseguradora). Es importante que pregunte a su compañía de seguros si aceptan apelaciones (o quejas) en español.

Situación: Un consumidor desea que la aseguradora pague la cirugía artroscópica que tuvo para tratar un espolón óseo en su cadera, que se rechazó por ser experimental.

La carta de muestra para el consumidor podría ser similar a la siguiente:

Nombre del consumidor, dirección, número de póliza

8 de mayo de 2011

Información del Depto. de Apelaciones

Estimados señores:

Por medio de la presente apelo la decisión de su compañía para rechazar el pago de la cirugía artroscópica que tuve el 28 de marzo de 2011, que fue realizada por uno de sus cirujanos contratados, el Dr. Andrew Shah.

Al recibir por correo la Explicación de beneficios el 19 de abril de 2011, llamé a su número de servicio a clientes y hablé con Ruth C., quien me dijo que el plan lo rechazó porque el único tratamiento aprobado para mi diagnóstico era la cirugía abierta de cadera. Al escuchar esto, llamé a mi profesional médico, quien me aseguró que la cirugía artroscópica es un tratamiento más seguro y menos caro que la cirugía abierta. Dijo también que no ha tenido problemas en recibir el pago de los otros nueve pacientes asegurados por su compañía.

Si ustedes han pagado por este procedimiento menos invasivo y menos caro otras nueve veces, les pediría que continúen con este precedente y que también paguen por el mío.

Con esta apelación se incluye:

- Una carta del Dr. Shah donde explica por qué eligió este tratamiento sobre la cirugía abierta de cadera. También cita varias publicaciones que establecen este tratamiento como el procedimiento aceptado actualmente.
- Una carta de mi fisioterapeuta donde explica cómo es que mi tiempo de recuperación fue considerablemente menor que el de otros pacientes que tuvieron la cirugía abierta de cadera.
- Una copia de mi expediente con su compañía, donde aparece que ustedes autorizaron esta cirugía para el Dr. Shah el 16 de marzo.

Sean tan amables de revisar esta apelación y avisarme si necesitan algo más para considerar esta solicitud. Espero tener noticias tuyas tan pronto como sea posible.

Atentamente,

Robin Brown

Email: robin.brown@abc.com

SECCIÓN B

¿Qué tipo de apelación puede presentar?

Preguntas para ayudarle a llegar a la respuesta:

1. Su plan, ¿tiene derechos adquiridos o es “otro” plan? (Vea la [Introducción](#) o la sección anterior)
 - Si es un plan con derechos adquiridos, su proceso general de apelación se explica en la Sección A, en el Paso 3.2.
 - Si no es un plan con derechos adquiridos, su proceso general de apelación se explica en la Sección A, en el Paso 3.3. Puede revisar las siguientes tres preguntas y elegir el criterio de apelaciones adecuado más adelante, con los detalles específicos de su proceso que inicia el 1 de enero de 2012.
2. ¿Qué tipo de seguro tiene? (Vea la [Sección A, Paso 1.1](#))
3. Su rechazo, ¿es un asunto “previo al servicio” o “posterior al servicio”? (Vea la [Sección A, Paso 1.2](#))
4. Si es un asunto previo al servicio, ¿es urgente? (Vea la [Sección A, Paso 1.3](#))

Si no conoce la respuesta a alguna de estas preguntas, revise el paso entre paréntesis.

Sin embargo, si conoce las respuestas, elija el criterio de apelación adecuado para la información específica de su apelación.

	Urgente	No urgente, previo al servicio	Posterior al servicio
Individual	Criterio #1	Criterio #2	Criterio #3
Grupo, plenamente asegurado	Criterio #1	Criterio #2	Criterio #3
Grupo, auto asegurado	Criterio #4	Criterio #5	Criterio #6

Si tiene alguna pregunta acerca de su proceso de apelación, llame a nuestra línea directa para el consumidor de seguros al 1-800-562-6900, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m. (horario del Pacífico).

Criterio de apelación 1: Rechazo de un beneficio urgente “previo al servicio” de un plan personal o de grupo plenamente asegurado (vigente al 1/1/12)

Situación: Le rechazan la aprobación para un tratamiento médico, el cual su médico considera que es médicamente necesario. Su profesional médico cree que la situación es urgente.

1. Usted y su profesional médico* desean pedir a su compañía de seguros:
 - a. Una apelación interna expedita (seguida posiblemente por una apelación externa expedita); o bien
 - b. Una apelación interna y externa expedita al mismo tiempo (vea el punto 4).
2. La aseguradora revisará su solicitud. Buscará asegurarse de tener información suficiente como para considerar su apelación.
 - a. Si no tiene información suficiente, le pedirán a usted o a su profesional médico que proporcionen la información.
 - b. Si tiene información suficiente, tomará una decisión en menos de 72 horas o más pronto después de recibir su apelación.
3. Su aseguradora tomará su determinación.
 - a. Si revierte el rechazo, cubrirá el tratamiento que necesita.
 - b. Si confirma el rechazo o no toma una decisión en menos de 72 horas, usted puede presentar una apelación externa. O puede aceptar el rechazo.
4. Usted presenta una apelación externa expedita (o una revisión interna y externa simultánea).
5. Su aseguradora le enviará de inmediato una solicitud a una Organización de Revisión Independiente (IRO, por sus siglas en inglés), así como toda la información que utilizó para tomar su determinación original.
 - Ellos le dirán cuál es la IRO que revisa su apelación, así que usted o su profesional médico pueden proporcionar cualquier información adicional para que la consideren los revisores.
6. Los revisores de la IRO tomarán su decisión en función de la información que proporcionen usted y su aseguradora en menos de 72 horas.
 - a. Si la IRO no está de acuerdo con la determinación original, usted gana la apelación y su aseguradora debe proporcionar el tratamiento médico que recomienda su profesional médico.
 - b. Si la IRO está de acuerdo con la determinación original y confirma la decisión, a esta altura su único recurso es entablar un juicio.

***Usted no tiene derecho a una apelación expedita, a menos que un profesional médico considere que es necesaria.**

Criterio de apelación 2: Rechazo de un beneficio no urgente “previo al servicio” de un plan individual o de grupo plenamente asegurado (vigente al 1/1/12)

Situación: Usted recibe un rechazo de un tratamiento recetado por un profesional médico, quien ha determinado que su problema de salud no es urgente.

1. Usted presenta una apelación estándar.
2. Su aseguradora revisa su apelación.
 - a. Si le falta información, le pedirán los datos de soporte.
 - b. Si su apelación está completa, su aseguradora tiene 14 días para tomar una decisión. Pueden tardar hasta 30 días si le avisan antes del día 14 que necesitan más tiempo.
3. Su aseguradora toma su decisión.
 - a. Si revierten el rechazo, su plan debe pagar el tratamiento médico.
 - b. Si confirman el rechazo o no entregan una decisión en los límites de tiempo legales, usted puede apelar al siguiente nivel o aceptar el rechazo. (Para los planes individuales, el siguiente nivel es el nivel externo. Para los planes de grupo plenamente asegurados, el siguiente nivel podría ser un nivel interno adicional.)
4. Usted presenta una apelación externa estándar.
 - Su aseguradora enviará de inmediato su solicitud a una Organización de Revisión Independiente (IRO) así como la información que utilizó para tomar su determinación original.
 - Le dirán cuál es la IRO que está revisando su apelación y la darán la oportunidad de presentar pruebas adicionales a los revisores (en un plazo de 5 días).
5. La IRO tomará su decisión en función de la información que usted y su aseguradora proporcionaron en un plazo de 15 a 20 días (o 25 días, en algunos casos).
 - c. Si la IRO no está de acuerdo con la determinación original, usted gana la apelación y su aseguradora debe proporcionar el tratamiento médico que recomienda su profesional médico.
 - d. Si la IRO está de acuerdo con la determinación original de la aseguradora y confirma la decisión, a esta altura su único recurso es entablar un juicio.

Criterio de apelación 3: Rechazo de un beneficio “posterior al servicio” de un plan individual o de grupo plenamente asegurado (vigente al 1/1/12)

Situación: Usted recibe un rechazo de su compañía de seguros por un reclamo que envió su profesional médico.

1. Verifique que no sea error de cobranza llamando a su profesional médico o de cuidado de salud.
2. Si no es un error de cobranza, le sugerimos que presente:
 - a. Una queja ante nuestra oficina (algunas veces esto le proporcionará información útil para su apelación).
 - b. Su apelación ante su aseguradora.
3. Su aseguradora tiene hasta 30 días para revisar la apelación y emitir su decisión. Ellos pueden:
 - a. Revertir el rechazo y pagar el tratamiento; o bien
 - b. Confirmar el rechazo. Entonces usted puede presentar su apelación en el siguiente nivel. (Para los planes individuales, el siguiente nivel es el nivel externo. Para los planes de grupo plenamente asegurados, el siguiente nivel podría ser un nivel interno adicional.)
 - c. No comunicarle una decisión en el plazo de 30 días. Entonces usted puede avanzar al siguiente nivel de apelación.
4. Usted presenta una apelación externa estándar ante su aseguradora.
5. Su aseguradora tiene tres días hábiles para revisar su apelación y enviar los materiales de apelación a una Organización de Revisión Independiente (IRO).
 - Su aseguradora le notifica cuál IRO revisa su apelación y le avisa que tiene cinco días para enviar información adicional para que la considere la IRO.
6. La IRO tiene de 15 a 20 días para tomar una decisión (o 25 días en algunos casos excepcionales).
 - a. Si la IRO no está de acuerdo con el rechazo, su aseguradora debe pagar el tratamiento.
 - b. Si la IRO está de acuerdo con su plan de salud, el rechazo es final. Su única alternativa para tratar de obtener cobertura para el tratamiento, si pierde, es entablar un juicio.

Criterio de apelación 4: Rechazo de un beneficio urgente “previo al servicio” de un plan de grupo autoasegurado (vigente al 1/1/12)

Situación: Le han rechazado un tratamiento que su médico cree que es necesario médicamente. Su médico cree también que su situación es urgente.

1. Quiere pedirle a su plan de salud cualquiera de lo siguiente:
 - a. Una apelación interna expedita (posiblemente seguida por una externa expedita); o bien
 - b. Una apelación interna y externa expedita al mismo tiempo (vea el punto 5).
2. Usted presenta una apelación interna expedita.
3. El plan revisará su solicitud. Buscará asegurarse de tener información suficiente como para considerar su apelación.
 - a. Si no tienen información suficiente, le pedirán que proporcione la información en menos de 24 horas. Si no les proporciona los datos que faltan, rechazarán su apelación.
 - b. Si tienen información suficiente, tomarán una decisión en menos de 72 horas.
4. Su plan hará su determinación.
 - c. Si revierten el rechazo, usted gana la apelación.
 - a. Si confirman el rechazo o no toman una decisión en menos de 72 horas, usted puede presentar una apelación externa. O puede aceptar el rechazo.
5. Usted presenta una apelación externa expedita (o una revisión interna y externa simultánea).
6. Su plan le enviará de inmediato una solicitud a una Organización de Revisión Independiente (IRO, por sus siglas en inglés), así como toda la información que utilizaron para tomar su determinación original.
 - Ellos le dirán cuál es la IRO que revisa su apelación, y la darán la oportunidad de proporcionar cualquier prueba adicional a los revisores.
7. Los revisores de la IRO tomarán su decisión en función de la información que usted y su plan proporcionen en menos de 72 horas.
 - a. Si la IRO no está de acuerdo con la determinación original, usted gana la apelación y su aseguradora tiene que proporcionar el tratamiento que recomienda su profesional médico.
 - b. Si la IRO está de acuerdo con la determinación original y confirma la decisión, a esta altura su único recurso es entablar un juicio.

Criterio de apelación 5: Rechazo de un beneficio no urgente “previo al servicio” de un plan autoasegurado (vigente al 1/1/12)

1. Usted recibe un rechazo del tratamiento recetado por su profesional médico, quien dictamina que su problema de salud no es urgente.
2. Usted presenta una apelación estándar en menos de 180 días de recibir la autorización de servicio rechazada.
3. Su plan de salud tiene ahora 30 días calendario para revisar y tomar una decisión sobre su apelación.

Ellos pueden:

- a. Revertir el rechazo y usted gana la apelación.
 - b. Confirmar el rechazo.
 - c. No tomar una decisión en el tiempo asignado (30 días).
4. Si no toman una decisión a su favor, puede presentar una apelación externa estándar.
 5. Su plan de salud tiene cinco días hábiles para enviar su apelación a una Organización de Revisión Independiente.
 - Usted tendrá cinco días después de que le notifiquen qué IRO se encargará de su caso para enviar cualquier prueba adicional que le gustaría que consideren.
 6. La IRO debe tomar su decisión en menos de 45 días y avisarles a usted y a su plan.
 - a. Si la IRO no está de acuerdo con su plan, usted gana.
 - b. Si la IRO confirma la decisión, su única alternativa es entablar un juicio.

Criterio de apelación 6: Rechazo de un beneficio “posterior al servicio” de un plan autoasegurado (vigente al 1/1/12)

1. Usted recibe un rechazo de su plan de salud.
2. Verifique que no sea error de cobranza. Llame a su profesional médico para verificarlo. Si no es un error de cobranza, presente su apelación.
3. Debe presentar una apelación estándar en un plazo de 180 días después de recibir el rechazo por escrito.
4. Su plan de salud tiene 60 días para revisar la apelación y tomar una decisión.

Ellos pueden:

- a. Revertir el rechazo y fallar a su favor.
 - b. Confirmar el rechazo. Usted puede aceptarlo o presentar una apelación en el siguiente nivel. Vea el punto 5.
 - c. No responder a tiempo. Si no responden en menos de 60 días, puede presentar una apelación externa estándar. Vea el punto 5.
5. Presente una apelación externa estándar ante su plan de salud.
 6. El plan de salud tiene cinco días hábiles para revisar su apelación y enviarla a una Organización de Revisión Independiente (IRO).
 - Usted tendrá cinco días después de que le notifiquen qué IRO se encargará de su caso para enviar cualquier prueba adicional que le gustaría que consideren.
 7. La IRO debe tomar su decisión en un plazo de 45 días y avisarles a usted y a su plan.
 - a. Si la IRO no está de acuerdo con su plan, usted gana.
 - b. Si la IRO confirma la decisión, su única alternativa es entablar un juicio.

Cómo llevar un registro de las comunicaciones

Es muy importante mantener un registro por escrito de cada carta, llamada telefónica, correo electrónico y conversación en persona que se relacione con su apelación. Trate de escribir lo que pasó en cada contacto inmediatamente después de ocurrido, mientras todavía lo tenga fresco en la memoria.

Aquí puede ver un ejemplo que muestra la fecha de la comunicación, el formato en el que estaba, quién inició el contacto y qué se comunicó.

POR EJEMPLO:

Fecha	Tipo de contacto	De:	Para:	Resumen:	¿Hace falta otra comunicación?
3/04/2011	Carta	Mi plan de salud	Mí	El reclamo de mi MRI ha sido rechazado (medicamente innecesario)	
p3/07/2011 (10 AM)	Llamada telefónica al 206-626-1234	Mí	Consultorio del Dr. Wilson. Hablé con Carol T.	Llamé para preguntar si el reclamo se facturó adecuadamente. Sí lo fue. Avisé al Dr. Wilson que apelaría el pago rechazado. Me dijeron que llamara de nuevo antes de presentar la apelación para recibir una carta del Dr. Wilson justificando por qué el MRI era necesario.	Sí. Antes de presentar la apelación
3/08/2011	Llamada telefónica al 425-555-1234	Mí	Mi plan de salud. Hablé con Ruth Johnson	Pedí aclaración sobre el tiempo que tengo para presentar una apelación. Me dijeron que 180 días (mediados de agosto). Pregunté a quién debía enviarle la apelación, y me dijeron que la dirección está en la primera carta que recibí.	
3/18/2011	Llamada telefónica al 800-562-6900	Mí	Oficina del Comisionado de Seguros. Hablé con Jane P.	Me dijeron que presentara mi apelación ante mi plan de salud, y que podría presentar una apelación adicional después, si la primera era rechazada.	

Información importante para una apelación

1. Información acerca de su plan:

- a. Tipo – (Individual, grupo, otro)_____
- b. Proveedor del seguro _____
- c. Número de póliza (si corresponde) _____
- d. Número de grupo (si corresponde)-_____
- e. Si es una póliza de grupo, ¿está totalmente asegurada, autofinanciada o exenta? _____
- f. Número de identificación-_____
- g. ¿Es un plan nuevo (sin derechos adquiridos) o es un plan antiguo (con derechos adquiridos)? _____
- h. ¿Quién lo regula? _____
- i. ¿Está vigente todavía la cobertura, o ha terminado? _____
- j. El plan de salud, ¿es una HMO, PPO o tiene indemnización tradicional (plan de cuota por servicio)? _____
- k. Con base en la información anterior, ¿puede ver a proveedores fuera de la red, y de ser así, cuánto es el coaseguro, copago o deducible? _____
- l. ¿Se necesita una recomendación de un proveedor de atención primaria para ver a un especialista, y de ser así, hay restricciones sobre los especialistas que se pueden ver (por ejemplo, dentro o fuera de la red)? _____

2. Información sobre su rechazo:

- a. ¿Es un reclamo anterior al servicio o posterior al servicio? _____
- b. Si es anterior al servicio, ¿es urgente? _____
- c. ¿Qué fecha tiene el rechazo? _____
- d. ¿Cuánto tiempo tiene para apelar a partir de esta fecha? _____
- e. ¿Cuál es su número de reclamo? _____
- f. ¿Conoce el código de diagnóstico utilizado? _____
- g. ¿Cuál es el tratamiento o servicio que se necesita cubrir? _____
- h. ¿Tiene pruebas para demostrar lo que se debe cubrir? (por ejemplo, número de página de la explicación de cobertura (EOC), notas de recomendación del médico, notas que documenten el historial médico anterior) _____
- i. ¿Hay investigaciones que demuestren que el tratamiento es necesario o económico a largo plazo? _____
- j. Información de contacto para el destinatario de la apelación y el plazo esperado para las diversas etapas de la apelación (por ejemplo, indique fechas en que se podría esperar una respuesta de la compañía). _____

- k. Su asunto, ¿está incluido en la lista de exclusiones y limitaciones (explicación de cobertura) de su plan de salud? _____

3. Información acerca de su proveedor:

- a. ¿Cómo se llama su proveedor médico? _____
- b. ¿Cuál es la dirección del lugar donde recibió el servicio o tratamiento médico? _____
- c. ¿Cuál es el teléfono de su proveedor? _____

NOTAS:

Preguntas frecuentes acerca de las leyes estatales y federales

1. ¿Qué significan RCW y WAC, y cuál es la diferencia entre ellas?

RCW significa “Código Revisado de Washington”, y son leyes estatales, resultado de la legislación aprobada por la Cámara de Representantes y el Senado, y firmadas por el gobernador. Se actualizan en Internet dos veces al año.

WAC significa “Código Administrativo de Washington”. Son los reglamentos (o reglas) adoptados por dependencias del poder ejecutivo para promulgar la legislación y el RCW. Se actualizan en Internet dos veces al mes.

2. ¿Cuándo habría diferencias entre la ley estatal y la federal?

Los estados tienen la opción de promulgar leyes y reglas que difieren de la ley federal, pero sólo si mejoran la protección de los consumidores y residentes del estado.

3. ¿Cómo sé lo que dicen el RCW y los WAC para un tema en particular?

La legislatura del estado de Washington mantiene un sitio Web que le permite hacer búsquedas del RCW, los WAC o ambos. Puede visitar <http://search.leg.wa.gov/pub/textsearch/> y seguir las instrucciones en la parte inferior de la página. Si ya conoce el RCW o el WAC y desea ver lo que dice, le sugerimos escribirlo en un motor de búsqueda (como Google o Bing).

Sin embargo, antes de que dedique tiempo a tratar de entender una ley o reglamento sobre un tema específico de vida o salud, llámenos o envíenos un mensaje de correo electrónico para pedir ayuda. Este tipo de investigación puede ser muy complicada, y nos gustaría ayudarle a ahorrar tiempo, si fuera posible.

Recursos adicionales

Estos recursos le ayudarán a encontrar información adicional sobre apelaciones al plan de salud. Solamente administramos el contenido de nuestro propio sitio Web. La inclusión de un sitio Web privado en la lista no está respaldada por nuestra oficina.

INVESTIGACIÓN

Oficina del Comisionado de Seguros del Estado de Washington:

<http://www.insurance.wa.gov/>

Sitio Web de atención de salud de EE.UU.:

<http://www.healthcare.gov/law/provisions/appealing/appealinghealthplandecisions.html>

Apelaciones al plan de salud del consumidor, Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE.UU.:

<http://cciio.hhs.gov/programs/consumer/appeals/>

Departamento del Trabajo de EE.UU.:

<http://www.dol.gov/ebsa/publications/filingbenefitsclaim.html>

Biblioteca Nacional de Medicina de EE.UU.:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>

Grupo de seguros médicos del estado de Washington:

<https://www.wship.org/>

MEDICARE

Artículo (última actualización: 27/01/2011): “Getting my Medicare private drug plan to cover my drugs” (Cómo lograr que mi plan privado de medicamentos de Medicare cubra mis medicamentos)

http://www.medicareinteractive.org/page2.php?topic=counselor&page=script&slide_id=1307

Apelaciones y quejas de Medicare

[http://www.medicare.gov/\(X\(1\)S\(h5kqpr45mc22p1ehl1pagrq2\)\)/navigation/medicare-basics/understanding-claims/medicare-appeals-and-grievances.aspx?AspxAutoDetectCookieSupport=1](http://www.medicare.gov/(X(1)S(h5kqpr45mc22p1ehl1pagrq2))/navigation/medicare-basics/understanding-claims/medicare-appeals-and-grievances.aspx?AspxAutoDetectCookieSupport=1)

Sus derechos con Medicare (Your Medicare Rights): (PDF 571 KB, 44 pág.)

<http://www.medicare.gov/Publications/Pubs/pdf/10112.pdf>

Multiple Sclerosis Appealing a coverage denial or limitation by your health plan (Esclerosis múltiple: Cómo apelar un rechazo o limitación de cobertura de su plan de salud):

<http://www.nationalmssociety.org/living-with-multiple-sclerosis/insurance-and-money-matters/health-insurance/appeals/index.aspx>

PLAN DE SEGURO DE PROBLEMAS DE SALUD PREEXISTENTES

Política de quejas y apelaciones:

[https://www.wship.org/PCIP-WA/docs/PCIP-](https://www.wship.org/PCIP-WA/docs/PCIP-WA%20Complaints%20&%20Appeals%20Policy%20FINAL%207-23-10.pdf)

[WA%20Complaints%20&%20Appeals%20Policy%20FINAL%207-23-10.pdf](https://www.wship.org/PCIP-WA/docs/PCIP-WA%20Complaints%20&%20Appeals%20Policy%20FINAL%207-23-10.pdf)

WSHIP – GRUPO DE SEGUROS MÉDICOS DEL ESTADO DE WASHINGTON

Sitio Web: <https://www.wship.org/Default.asp>

Política de quejas y apelaciones de WSHIP

<https://www.wship.org/docs/WSHIP%20Complaints%20&%20Appeals%20Policy%202010%207-10-09%20FINAL%20TO%20FILE.pdf>

RECURSO LEGAL:

Programa de ayuda legal gratuita CLEAR: <http://nwjustice.org/what-clear>

Guía sobre la reforma de salud, de la firma legal IceMiller:

<http://www.icemiller.com/searches/service.aspx?id=517>

ARTÍCULOS ADICIONALES

“New Rules Guarantee Patients' Right To Appeal Insurance Claim Denials” (Nuevas reglas garantizan el derecho de los pacientes a apelar rechazos de reclamos de seguros), Kaiser Health News, (22/07/2010):

<http://www.kaiserhealthnews.org/Stories/2010/July/22/insurance-denials.aspx>

“Fighting Denied Claims Requires Perseverance” (Para combatir reclamos rechazados hace falta perseverancia), *The New York Times*, (02/2010):

http://www.nytimes.com/2010/02/06/health/06patient.html?_r=1&hpw

“How to fight a bogus bill” (Cómo combatir una cuenta falsa), *The Wall Street Journal*, (19/02/2011):

http://online.wsj.com/article/SB10001424052748703312904576146371931841968.html?mod=WSJ_0_0_WP_2715_RIGHTTopCarousel_3

“Working the System: One Cancer Patient’s Story” (Abriéndose paso en el sistema: La historia de un paciente con cáncer), The Wall Street Journal (29/12/2009)

<http://online.wsj.com/article/SB10001424052748704718204574616181790811124.html>

How to get your health insurer to pay for your weight-loss surgery (Cómo conseguir que su seguro de salud pague por su cirugía para perder peso) (29/04/2010):

<http://www.insure.com/articles/healthinsurance/weight-loss-surgery.html>

Glosario de términos usuales de los seguros médicos

A

Acreditable — Cualquier cobertura médica anterior que un plan nuevo permitirá que use una persona para reducir su periodo de espera por un problema de salud preexistente.

Administrador externo (TPA) — Para un seguro médico, es una persona o compañía contratada por un empleador para administrar el procesamiento de reclamos del cuidado de salud y pagar a los proveedores. El TPA no es el tenedor de la póliza ni el asegurado.

Agente — Alguien que vende y brinda servicios de pólizas de seguro. En el estado de Washington, todos los agentes de seguros deben tener una licencia de la Oficina del Comisionado de Seguros, quien los conoce como productores.

Apelación — Solicitud para reconsiderar una decisión tomada por un plan de salud, normalmente por un rechazo.

Apelación interna — Esta es la primera etapa de una apelación, cuando usted (o un representante autorizado) pide a un plan de salud que reconsidere una decisión que ha tomado acerca de sus beneficios (una “determinación adversa”). El plan revisará su apelación y le avisará si considera o no que su decisión inicial se tomó de manera incorrecta. Algunas apelaciones internas tienen múltiples niveles.

Asegurado — Cuando usted está cubierto por un seguro, usted es el asegurado.

Aseguradora — Una compañía que vende seguros (también se le llama compañía de seguros).

Autofinanciado (también conocido como autoasegurado) — Cuando un empleador o una organización asumen la responsabilidad de los gastos de cuidado de salud cubiertos de sus empleados. Por lo general, el empleador establece y contribuye con dinero a una cuenta exclusivamente para pagar los reclamos. A veces, la compañía se encarga internamente de los reclamos, pero a menudo una organización independiente, como un administrador externo (TPA, por sus siglas en inglés) procesa los reclamos del empleado y realiza los pagos con la cuenta del plan autofinanciado del empleador. Algunos planes no están sujetos a las leyes de seguros estatales; la mayoría de los planes autofinanciados están regulados por el Departamento del Trabajo de EE.UU.

Autorización previa — Es un procedimiento de atención administrada para controlar su uso de servicios de cuidado de salud a través de la revisión y la autorización previa. Vea también preautorización.

B

Beneficio esencial — Beneficios básicos que incluyen: servicios para el paciente ambulatorio; servicios de emergencia; hospitalización; maternidad y cuidado del recién

nacido; servicios de salud mental y trastornos por consumo de sustancias, incluyendo el tratamiento de salud conductual; medicamentos de receta; servicios y dispositivos de rehabilitación; servicios de laboratorio; servicios preventivos y de bienestar y control de enfermedades crónicas; y servicios pediátricos, incluido el cuidado oral y de la vista.

Beneficios de hospital — Son beneficios que paga un plan de salud cuando usted está hospitalizado. Pueden incluir el reembolso de los gastos de atención médica para pacientes hospitalizados y pacientes ambulatorios. Los beneficios para pacientes hospitalizados incluyen: cargo de habitación y hospedaje, servicios necesarios y suministros. Los beneficios para pacientes ambulatorios pueden incluir: intervenciones quirúrgicas, servicios de radiología y terapia de rehabilitación.

Beneficios obligatorios — La ley del estado de Washington exige que las compañías de seguros ofrezcan o incluyan ciertos beneficios en planes de salud específicos. Estos pueden ser mamografías, cobertura automática de recién nacidos o hijos adoptados, y opciones de tratamiento en casa y en hospicio.

Beneficios preventivos — Servicios cubiertos con la intención de prevenir enfermedades o identificar enfermedades mientras sean tratables más fácilmente. La reforma de salud requiere que las compañías de seguros brinden cobertura para beneficios preventivos sin deducibles, copagos o coaseguro.

C

Cláusula adicional — Un anexo a una póliza que modifica sus condiciones, ampliando o reduciendo sus beneficios o excluyendo ciertas condiciones de la cobertura.

Coaseguro — Un porcentaje del cargo del proveedor de atención médica por el cual el paciente es responsable financieramente, según los términos de la póliza. También se conoce como “copago”.

Cobertura — El alcance de la protección provista a la persona asegurada bajo un contrato de seguro. Cuando se usa para referirse a un plan de salud, significa los beneficios disponibles.

COBRA — El congreso aprobó en 1986 las disposiciones de beneficios de salud de la Ley de Conciliación del Presupuesto General Consolidado (COBRA), la cual brinda una continuación temporal de cobertura de salud a tarifas de grupo. Por lo general, la ley cubre planes de salud mantenidos por empleadores del sector privado con 20 empleados o más, organizaciones de empleados o gobiernos estatales o locales. Muchos estados tienen leyes “mini-COBRA” que se aplican a empresas con menos de 20 empleados.

Comisionado de Seguros — Funcionario estatal electo en el estado de Washington, quien hace cumplir las leyes de seguros del estado y crea reglas y reglamentos razonables para implementar las disposiciones de estas leyes. El Comisionado de Seguros también realiza investigaciones, exámenes y audiencias relacionadas con las actividades de cumplimiento de dichas leyes, reglas y reglamentos. Otra función de la Oficina del Comisionado de Seguros es brindar información a los consumidores sobre cuestiones de seguro, escuchar sus quejas y defender a los consumidores cuando corresponda.

Contratista de servicios de salud — Tipo de aseguradora que celebra contratos con proveedores de servicios de salud, como médicos, clínicas y hospitales para ofrecer atención a sus clientes (que por lo general se llaman “miembros” o “inscritos”). Por ejemplo, en Washington, Premera y Regence son contratistas de servicios de salud.

Contrato de grupo — Contrato de seguro entre una compañía de seguros y un empleador u otra entidad para cubrir a empleados o miembros del grupo. La elegibilidad de la cobertura se define en el contrato. Por ejemplo, un empleado elegible se podría definir como “empleado que trabaja más de 30 horas a la semana para el empleador”. Estos contratos son populares entre los trabajadores, porque por lo general cuestan menos que si trataran de comprar el mismo tipo de cobertura individualmente. A menudo a los contratos se les denomina “pólizas”.

Coordinación de beneficios (COB) — Cuando está cubierto con dos planes de seguro o más, esto determina cuánto pagará cada aseguradora por el beneficio. El reembolso total no debe exceder el 100 por ciento del costo de la atención. Esto ocurre en general cuando dos personas de la misma unidad familiar tienen planes de seguro por separado.

Copago — Un copago es la participación del paciente en el pago de la cuenta de atención médica. Por lo general es una cantidad pequeña y fija en dólares, como \$10 o \$25 por una visita al consultorio.

D

Deducible — Cantidad en dólares que se paga por los cargos cubiertos durante un año calendario antes de que el plan comience a pagar reclamos.

Derogación — Es cuando una compañía de seguros retira su aprobación original de la solicitud de un tenedor de póliza para la cobertura y cualquier pago por un beneficio que haya recibido. Por lo general esto sucede cuando la aseguradora se entera que el tenedor de la póliza no llenó con precisión la solicitud. Según la reforma de salud, las pólizas solamente se pueden derogar en casos donde el tenedor de la póliza mintió intencionalmente en la solicitud.

Determinación adversa de beneficio — Esto significa que, por alguna razón, el plan de salud ha decidido que no va a pagar un reclamo, o no va a pagar la cantidad de dólares que quiere el consumidor. La negativa puede ser por muchas razones. Por ejemplo:

- El plan de salud simplemente no cubre el procedimiento;
- El empleador del consumidor le dice al plan de salud que, al momento en que el consumidor recibió el servicio, el consumidor no era elegible para participar en el plan; o bien
- El plan de salud define el servicio como “experimental o de investigación” o que “no es necesario médicamente”.

Cuando los consumidores reciben determinaciones adversas de beneficios de sus planes de salud, pueden presentar una apelación, y este manual ofrece consejos para presentar apelaciones.

Determinación adversa final de beneficios — Es la determinación que ha mantenido un plan de salud al terminar el proceso de apelación interno. Si un consumidor desea apelar una determinación final, puede solicitar una revisión externa de su plan de salud.

Divulgación de honorarios — Esto es cuando los proveedores y encargados de atención médica divulgan de antemano sus honorarios a los pacientes, antes del tratamiento.

E

Elegibilidad — Si una persona está calificada o no para recibir la cobertura. Si es elegible y luego pierde la elegibilidad, los planes de salud pueden cancelar su cobertura y rechazar cualquier reclamo incurrido después de perder la elegibilidad. En caso de que esto suceda, podría apelar la decisión del plan de salud de conformidad con la ACA.

Emisión garantizada — Requisito de que las compañías de seguros médico no evalúen a los solicitantes que tengan derecho al seguro médico y acepten a cualquiera a quien se le ofrezca el plan (en el caso del seguro de grupo) o se ponga el plan a disposición (en el caso del seguro individual) y no discriminen por edad, problema de salud, grupo étnico, etc. La reforma de salud exige que todos los seguro médico se vendan con emisión garantizada a partir del 2014.

Exclusiones — Cláusulas en el contrato del seguro médico que rechazan la cobertura de tratamientos y suministros médicos específicos. Los ejemplos de los “eventos” que se excluyen usualmente incluyen cirugía cosmética electiva, cirugía de derivación gástrica, tratamiento en pruebas clínicas, cirugía de cambio de sexo o tratamiento que se considera experimental.

Explicación de beneficios (EOB) — Es una notificación que le envía su compañía de seguros después de haber procesado un reclamo. Debe explicar los servicios que afirma que ha prestado el proveedor, lo que pagó la compañía de seguros y el monto que no pagó. Muchos de estos EOB contienen cláusulas legales acerca de la cobertura.

F

Formulario — Lista de medicamentos de receta que cubre un plan de salud; la cantidad de la cobertura varía por niveles.

Formulario de medicamentos — Vea Formulario.

G

Grupo de alto riesgo — En el estado de Washington, existe una organización sin fines de lucro llamada Grupo de seguros médicos del estado de Washington (WSHIP). Permite el acceso al seguro médico a todos los residentes del estado de Washington que no puedan comprar un seguro médico individual o de grupo en el mercado regular debido a un problema de salud preexistente. Para ser elegible, tiene que haber reprobado el Cuestionario de salud estándar.

H

HIPAA (Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996) — Es una ley federal promulgada en 1996, la cual facilita que la gente cambie de empleo sin el riesgo de no poder obtener un seguro médico o de tener que esperar para obtener la cobertura debido a problemas médicos preexistentes. La ley también crea normas sobre la privacidad de la información de salud, lo cual ayuda a impedir el uso inadecuado de sus registros médicos.

I

Interrupción — Cuando una compañía de seguros da por terminada una póliza porque la persona asegurada no paga la prima.

L

Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud a Bajo Costo (PPACA o ACA) — Es la legislación federal completa que se convirtió en ley el 23 de marzo de 2010,

conocida también como reforma de salud. Las disposiciones principales de la iniciativa de ley entrarán en vigor durante los siguientes cinco años.

Ley de Seguridad de Ingresos de Jubilación del Empleado (ERISA) — Esta ley ERISA de 1974 es un estatuto complejo que federaliza la ley de beneficios para empleados; se aplica a la mayor parte de los tipos de planes de beneficios para empleados. Fue modificada posteriormente por COBRA e HIPAA.

Limitaciones — Son exclusiones, excepciones o reducciones de la cobertura en una póliza de seguro. Un ejemplo podría ser una póliza de seguro médico con una limitación de un problema de salud preexistente.

Límite anual — Muchos planes de seguro médico establecen límites a la cantidad de dinero que pagarán por beneficios específicos en el curso de un año del plan. La reforma de salud prohíbe los límites anuales para los beneficios esenciales en los años del plan que se inicien después del 23 de septiembre de 2010.

Límite de por vida — Un límite de por vida es el límite en dólares de lo que el plan de salud gastaría en sus beneficios cubiertos durante todo el tiempo en que esté inscrito en ese plan. Antes de que se aprobara la reforma de salud, usted tenía la obligación de pagar el costo de toda la atención que excediera esos límites. Con la reforma de salud, para la mayoría de los beneficios se han prohibido los límites de por vida en todo plan de salud o póliza de seguro emitida o renovada a partir del 23 de septiembre de 2010.

Límite del propio bolsillo — Es el coaseguro máximo que un plan de cuidado de salud exige que pague una persona por los cargos cubiertos, después del cual el asegurador pagará el 100 por ciento de los gastos cubiertos hasta el límite de la póliza.

M

Medicaid — Es un programa financiado a nivel federal y estatal que proporciona cobertura de cuidado de salud a categorías elegibles de personas de bajos ingresos que cumplen con ciertos criterios, como niños, mujeres embarazadas, personas con discapacidades, etc.

Medicare — Plan de seguro con financiamiento federal que brinda cobertura de hospital y médica a personas de 65 años de edad y mayores, a personas con ciertas incapacidades menores de 65 años, y a personas de todas las edades con insuficiencia renal en etapa terminal (insuficiencia renal permanente) o con esclerosis lateral amiotrófica (enfermedad de Lou Gehrig). Las personas elegibles pueden recibir cobertura para los servicios del hospital (Parte A de Medicare), servicios médicos (Parte B de Medicare) y medicamentos de receta (Parte D de Medicare). En conjunto, las Partes A y B de Medicare se conocen como el Medicare Original. Los beneficios también se pueden brindar a través de un plan Medicare Advantage (Parte C de Medicare).

Mercado individual — Este mercado está formado por personas y sus dependientes que compran una cobertura de seguro médico directamente de la aseguradora o de un agente o corredor que representa a la aseguradora, y representa aproximadamente el seis por ciento de todo el mercado de seguros médicos. Por lo general, la gente compra su propia cobertura cuando no puede obtener una cobertura patrocinada por el gobierno (como Medicare o Medicaid) o por el empleador.

N

Necesario médicamente — Servicios cubiertos de cuidado de salud necesarios para mantener la salud de un paciente de conformidad con las normas de práctica médica de un área geográfica. A menudo están definidos en la póliza.

O

Organización de Mantenimiento de la Salud (HMO) — Es un tipo de aseguradora de salud que requiere a los suscriptores obtener todos los cuidados de un grupo de proveedores (excepto para cierta atención de emergencia). El plan podría requerir que el médico de atención primaria del suscriptor proporcione una remisión antes de poder ver a un especialista o ir al hospital. Dependiendo del tipo de cobertura que tenga, las reglas estatales y federales rigen las disputas entre las personas inscritas y el plan. Por ejemplo, en Washington, Group Health Cooperative es una HMO.

Organización de Proveedores Preferidos (PPO) — Es una red de proveedores de cuidados de salud que trabajan con planes de seguro médico. A menudo un plan de seguro médico paga más si los miembros reciben su atención de médicos u hospitales que tienen un contrato con una PPO. A los proveedores y hospitales se les llama proveedores de la "red". Los miembros pagan más si van a un médico u hospital no incluido en la red del plan. Los proveedores en esta PPO han acordado aceptar cuotas negociadas por sus servicios.

Organización de Revisión Independiente (IRO) — Es un grupo o entidad independiente e imparcial que realiza revisiones externas de determinaciones adversas finales hechas por las compañías de seguros; las revisiones se realizan previa solicitud del asegurado. El costo de dicha revisión queda a cargo de la compañía de seguros, y su determinación es final y vinculante para la compañía de seguros.

P

Periodo de espera — Para un seguro médico, es el periodo de tiempo que debe esperar desde la fecha de contratación hasta la fecha en que se inicia su cobertura de cuidado de salud. Este término también se puede referir al tiempo total que debe estar cubierto en un plan de salud para que el plan cubra los problemas de salud preexistentes.

Plan básico de salud (BHP) — BHP es un plan de seguro médico subsidiado que ofrece la Autoridad de Salud del Estado de Washington a residentes de bajos ingresos del estado de Washington.

Plan con derechos adquiridos — (A veces también se le conoce como plan "anterior") Es un plan exento de la mayoría de los cambios requeridos por la reforma de salud debido a que existía antes del 23 de marzo de 2010 y su diseño no ha sufrido de cambios significativos. Si un plan tiene derechos adquiridos debe divulgar esta situación. A un plan de este tipo se le pueden agregar nuevas personas y sus dependientes.

Plan de atención administrada — Es un plan de salud que coordina los servicios de cuidados de salud para una persona cubierta utilizando un proveedor de atención primaria y una red; por ejemplo, las Organizaciones de Mantenimiento de la Salud (HMO) y algunos planes de red.

Plan de salud de Medicare — Una compañía privada que ofrece un plan de salud de Medicare, y realiza un contrato con Medicare para ofrecer beneficios de Parte A y Parte B a personas con Medicare que se inscriban en el plan.

Plan sin derechos adquiridos — (También conocido como plan de “otro” tipo.) Es un plan para implementar los cambios requeridos por la reforma de salud, ya sea porque surgieron después de aprobar la ley (23 de marzo de 2010), o porque existían antes de la ley, pero realizaron cambios significativos y perdieron su condición de plan de derechos adquiridos.

Portabilidad — Le da a alguien la capacidad de pasar de un plan de salud a otro sin tener que esperar para recibir la cobertura debido a un problema de salud preexistente. Tanto la ley estatal como la federal contienen disposiciones para determinar si un consumidor puede pasarse de un plan al otro sin estar sujeto a los periodos de espera por un problema de salud preexistente.

Preautorización — Es un procedimiento que utilizan los planes de atención administrada para controlar el uso que hacen los miembros del plan a través de una aprobación previa. Vea también el término “autorización previa”.

Prima — Cantidad en dólares que paga por la cobertura del seguro. Para que la póliza mantenga su vigencia, usted (y si corresponde, su empleador) debe pagar la prima a tiempo.

Problema de salud preexistente — Problema de salud que tuvo antes de iniciar su nuevo plan de seguro médico. La cobertura de un problema de salud preexistente depende del plan de seguro médico. A veces, la determinación de un problema de salud preexistente depende de un diagnóstico o tratamiento anterior que fue recomendado para síntomas relacionados con su problema de salud.

Proveedor de la red — Proveedor de cuidado de la salud (como un hospital o un médico) contratado para ser parte de la red de una organización de atención administrada (como una HMO o PPO). El proveedor acepta las reglas y programas de cuotas de la organización de atención administrada y acepta no cobrar a los pacientes los montos que excedan la cuota acordada.

Proveedor del plan de salud — Es la compañía o grupo que le proporciona a usted el plan de salud.

Proveedor fuera de la red — Proveedor de cuidado de salud (como un hospital o un médico) que no está contratado para ser parte de la red de una organización (como un HMO o PPO). Dependiendo de las reglas de la organización de atención administrada, la persona podría no estar cubierta en lo absoluto o se le podría exigir que pague una parte mayor de los costos totales cuando se haga atender por un proveedor que está fuera de la red.

Proveedores — Instituciones y personas con licencia para prestar servicios de cuidado de salud, como hospitales, médicos, naturópatas, clínicos de salud médica, farmacéuticos, etc.

R

Reclamo — Cuando usted o su médico solicitan el pago de beneficios de su plan de seguro después de haber recibido tratamiento o servicios (reembolso).

Reclamo posterior al servicio — Son reclamos que envía usted o su médico después de recibir servicios médicos, como por ejemplo, solicitudes de reembolso o pago por servicios prestados. La mayoría de los reclamos por beneficios médicos de grupo son posteriores al servicio.

Reclamo previo al servicio — Solicitud de autorización de su plan de salud antes de obtener atención o tratamiento médico. Por ejemplo, si usted (o su proveedor) tienen que obtener la autorización de su plan antes de realizar un procedimiento para que el plan lo pague, a esa solicitud se la conoce como un reclamo previo al servicio. Si su plan rechaza la autorización, se conoce como un rechazo previo al servicio.

Reclamos de atención urgente — Es un reclamo expedito que puede hacer si la falta de atención médica pone en peligro su vida o le ocasiona dolor o incomodidad prolongados. Un proveedor médico enterado de su situación decidirá si es urgente o no.

Revisión de utilización — Revisión de una compañía de seguros médicos para determinar si los servicios de cuidado de salud que ofrece un proveedor o establecimiento a un miembro o grupo de miembros son necesarios y adecuados.

Revisión externa — Revisión del plan o del rechazo del emisor de la cobertura o los servicios por parte de una Organización de Revisión Independiente (IRO). Esta revisión se hace después de que se ha agotado el proceso de revisión interno o cuando las circunstancias hacen que la apelación sea urgente y se necesite la decisión del IRO para responder con rapidez; ambas cosas cambian con la implementación de la ACA. La compañía de seguros queda obligada por la decisión que tome la revisión externa. La reforma de salud requiere que todos los nuevos planes de salud proporcionen un proceso de revisión externa que cumpla con normas específicas.

S

Seguro — Contrato para transferir el riesgo de las personas a una compañía de seguros. A cambio de un pago llamado prima, la compañía de seguros acepta pagar las pérdidas cubiertas bajo los términos de la póliza.

Seguro de grupo — Póliza de seguro médico o contrato de servicios de atención de salud (HCSC, por sus siglas en inglés) que cubre a un grupo de empleados, y a menudo a sus dependientes. La cobertura de salud se proporciona por medio de una póliza maestra emitida al empleador o a otro grupo.

Seguro médico — Una póliza o un producto que brinda cobertura a alguien para servicios médicos, de hospital y otros gastos médicos con el fin de prevenir y tratar una enfermedad o lesión. Se puede emitir como póliza individual o de grupo.

Seguro médico (mayor) — Un seguro que cubra gastos médicos por encima de lo que cubre una póliza básica de seguro médico. Las pólizas médicas mayores pagan gastos dentro y fuera del hospital.

Servicios para paciente ambulatorio — Servicios de cuidado de salud que se brindan a un paciente dentro o fuera de las instalaciones de un hospital, cuando la atención médica o quirúrgica no incluye pasar una noche en el hospital.

Sólo servicios administrativos (ASO) — Cuando un administrador externo (ver el término “administrador externo”) presta servicios, como el procesamiento y el pago de reclamos de seguro médico para un empleador.

Suplemento de Medicare (también conocido como Medigap) — Cobertura de seguro privado voluntario de Medicare que compran los inscritos para cubrir el costo de servicios que no reembolsa Medicare. Estas pólizas no se clasifican como un plan de salud, y no están sujetas a los procesos de apelación del estado.

T

Terminología de procedimiento actual (CPT o código de tratamiento) — Son códigos de cinco dígitos creados por la American Medical Association, y los usan los médicos para comunicar a los planes de salud las tareas y servicios que brindaron a un paciente. Medicare los conoce como códigos del Sistema de Codificación Común de

PLANTILLA DE UNA CARTA DE MUESTRA PARA SOLICITAR UNA REVISIÓN DE PRIMER NIVEL (INTERNA)

Esperamos que esta carta que hemos traducido le ayude a escribir la carta que usted tiene que mandar a su compañía de seguros (aseguradora). Es importante que pregunte a su compañía de seguros si aceptan apelaciones (o quejas) en español.

Consumer Name, Address, Policy #

June 1, 2011

Appeals Dept. Info

To whom it may concern:

I'm appealing your company's decision to deny payment to Dr. Wilson for the ultrasound I received on 3/14/11 – Claim number 2596BG. The reason listed on the denial is "not medically necessary."

Before I had the ultrasound, I asked Dr. Wilson's office, which is a contracted provider, how much would I have to pay out of pocket for the ultrasound. His office said I would be responsible for only a \$30 co-pay.

Attached you'll find the letter from my doctor describing:

- Why he found it medically necessary to perform the ultrasound
- The chart notes from my office visit
- The recommendation I have this ultrasound
- A recent article explaining how standard ultrasounds are for situations like mine (high enzyme count in the liver)

Please let me know if you need any other information to review my case (via phone: 253-555-7890).

I look forward to rectifying this outstanding bill in a timely manner.

Sincerely,

John Williams
253-555-7890

PLANTILLA DE UNA CARTA DE MUESTRA PARA SOLICITAR UNA REVISIÓN EXTERNA

Esperamos que esta carta que hemos traducido le ayude a escribir la carta que usted tiene que mandar a su compañía de seguros (aseguradora). Es importante que pregunte a su compañía de seguros si aceptan apelaciones (o quejas) en español.

Consumer Name, Address, Policy #

June 15, 2011

Appeals Dept. Info

Dear Sirs:

I'm appealing your company's decision to cancel my individual policy effective June 1, which had been in force for three years. I'm kindly asking that you reinstate it.

While I understand your requirement that coverage is contingent upon timely payment of premiums, I ask that you grant an exception in this case. My employer's payroll department made an error that left me and my 29 co-workers without our direct deposit paycheck for four days. Since my health insurance premium is scheduled to be deducted from my checking account two days after I'm normally paid, there wasn't enough money in my account to cover the \$624 bill.

Please note this has never happened before. I have a letter from my company's Human Resources Director certifying this payroll error did occur and that it took four days to correct.

I look forward to hearing your decision to my request for reinstatement as soon as possible, and would be grateful for any room you could give this first-time error.

Sincerely,

Charles Johnson
Contact/phone info.

PLANTILLA DE UNA CARTA DE MUESTRA PARA SOLICITAR DOCUMENTOS UTILIZADOS POR EL PLAN DE SALUD PARA SU DECISIÓN

Esperamos que esta carta que hemos traducido le ayude a escribir la carta que usted tiene que mandar a su compañía de seguros (aseguradora). Es importante que pregunte a su compañía de seguros si aceptan apelaciones (o quejas) en español.

[Your name]

[Your address]

[Date]

[Address of your health plan's appeal department]

RE: [Name of the Insured]

Plan ID #: [123]

Claim #: [456]

To Whom It May Concern:

I'd like to request you send all of the following to me [*ask for only what you don't already have*]:

- 1) A detailed description of why my claim was denied
- 2) A written statement of the clinical rationale for the decision
- 3) Instructions for how to obtain the clinical review criteria used to make the determination
- 4) All notes your company made in my file
- 5) A description of what you need to overturn the denial

My provider and I will need these as we prepare to appeal your determination on the claim referenced above.

I look forward to your direct response as soon as possible.

Sincerely,

[Your name]

Contact info

CARTA DE MUESTRA NÚMERO 1: APELACIÓN DE UN RECHAZO CON BASE EN LA FALTA DE NECESIDAD MÉDICA

Esperamos que esta carta que hemos traducido le ayude a escribir la carta que usted tiene que mandar a su compañía de seguros (aseguradora). Es importante que pregunte a su compañía de seguros si aceptan apelaciones (o quejas) en español.

Consumer Name, Address, Policy #

June 5, 2011

Appeals Dept. Info

Dear Sirs:

I'm appealing your company's decision to deny my request for a second opinion from a provider outside of your network.

I understand my current policy is not obligated to pay for this, but I would like to request an exception. Before I start any treatment, I'd like to be confident that:

- 1) The type of cancer was correctly identified in my first diagnosis.
- 2) The course of treatment recommended will be effective in treating my cancer.
- 3) There is no other kind of treatment out there that is less invasive and therefore preferred.

I'd like to obtain an opinion from Dr. Miller – a renowned specialist in this type of cancer who is located in Seattle and isn't in my plan's network.

When I requested a second opinion on June 2, your account manager Dawn Jones told me my plan would authorize a second opinion from a provider within my covered network only. I do not believe this will be adequate since I live in Spokane, and I have already seen the one and only provider in the area who has experience treating this rare cancer. To consult with a second specialist will require a visit out of network.

I understand that my health plan will pay for treatment administered by my in-network provider only. This is a request for authorization to obtain only a second opinion from an out-of-network provider.

Thank you for your consideration of this request for an exception.

Sincerely,

Alexis Tate
Contact/phone info

CARTA DE MUESTRA NÚMERO 1: APELACIÓN DE UN RECHAZO CON BASE EN LA FALTA DE NECESIDAD MÉDICA

Esperamos que esta carta que hemos traducido le ayude a escribir la carta que usted tiene que mandar a su compañía de seguros (aseguradora). Es importante que pregunte a su compañía de seguros si aceptan apelaciones (o quejas) en español.

Consumer Name, Address, Policy #

May 8, 2011

Appeals Dept. Info

Dear Sirs:

I'm appealing your company's decision to deny my request for in-home health care of my daughter. Not only does her doctor believe this is the best treatment option for her, but more importantly, this treatment is also a right guaranteed to her by the Washington Administrative Code.

Included in this appeal, you'll find:

- 4) The written treatment plan from my daughter's attending physician;
- 5) A supporting letter from the same physician analyzing the costs of hospitalization vs. in-home health care; and
- 6) A copy of WAC 284-96-500, the regulation requiring coverage for in-home health care.

Please review this appeal and let me know if you need any more information. I look forward to hearing from you.

Sincerely,

Margaret Smythe
Contact/phone info

CARTA DE MUESTRA NÚMERO 2: APELACIÓN DE LA CANCELACIÓN DE UNA PÓLIZA POR FALTA DE PAGO

Esperamos que esta carta que hemos traducido le ayude a escribir la carta que usted tiene que mandar a su compañía de seguros (aseguradora). Es importante que pregunte a su compañía de seguros si aceptan apelaciones (o quejas) en español.

Consumer Name, Address, Policy #

May 8th, 2011

Appeals Dept. Info

Dear Sirs:

I'm appealing your company's decision to deny payment for the arthroscopic surgery I had on March 28, 2011, which was performed by one of your contracted surgeons, Dr. Andrew Shah.

Upon receiving the Explanation of Benefits in the mail on April 19, 2011, I called your customer service number and spoke with Ruth C. who told me the plan denied it because the only approved treatment for my diagnosis was open hip surgery. Hearing this, I called my provider who assured me the arthroscopic surgery is a safer and less-expensive treatment than open surgery. He also said he's had no problem receiving payment for nine other patients insured by your company.

If you've paid for this less invasive and less expensive procedure nine other times, I would ask you to continue with this precedent and pay for mine as well.

Included in this appeal is:

- A letter from Dr. Shah explaining why he chose this treatment over the open hip surgery. He also cites several publications establishing this treatment as the current accepted procedure.
- A letter from my physical therapist explaining how my recovery time was significantly less than those of other patients who had the open hip surgery.
- A copy of my file with your company, where it appears you authorized this surgery for Dr. Shah on March 16.

Please review this appeal and let me know if you need anything else to consider this request. I look forward to hearing from you directly as soon as possible.

Sincerely,

Robin Brown

Email: robin.brown@abc.com

**CARTA DE MUESTRA NÚMERO 3: SOLICITUD DE UNA CONSULTA CON UN PROFESIONAL MÉDICO
FUERA DE LA RED**

Esperamos que esta carta que hemos traducido le ayude a escribir la carta que usted tiene que mandar a su compañía de seguros (aseguradora). Es importante que pregunte a su compañía de seguros si aceptan apelaciones (o quejas) en español.

[Your name]

[Your address]

[Date]

[Address of your health plan's appeal department]

RE: [Name of the Insured]

Plan ID #: [123]

Claim #: [456]

To Whom It May Concern:

I'm requesting a review of your denial for [coverage, pre-authorization, or other] of the treatment prescribed by my medical provider [Dr___] on [date].

The reason for the denial was listed as [____], but in reviewing the most current version of my plan summary, my provider and I believe [____] should be covered.

At this point in your letter, you should customize the message to your particular situation and include only relevant facts. This is your opportunity to tell them a little about "what" happened, and a lot of "why" you think it should be covered. Short factual statements are more likely to win your appeal than letters that are long and full of emotion or commentary not relevant to the issue/claim.

If you're providing a lot of documents, tell them in this letter what is included, and in what order you've arranged the items. If appropriate, use a table of contents.

Once you state your case, let them know where they can reach you if they need more information.

I look forward to your direct response as soon as possible.

Sincerely,

[Your name]

[Contact Info]

CARTA DE MUESTRA NÚMERO 4: APELACIÓN DE UN RECHAZO BASADO EN UN ENTORNO DE ATENCIÓN DE SALUD

Esperamos que esta carta que hemos traducido le ayude a escribir la carta que usted tiene que mandar a su compañía de seguros (aseguradora). Es importante que pregunte a su compañía de seguros si aceptan apelaciones (o quejas) en español.

[Your name]

[Your address]

[Date]

[Address of your health plan's appeal department]

RE: [Name of the Insured]

Plan ID #: [123]

Claim #: [456]

To Whom It May Concern:

I'm requesting an external review by an independent review organization (IRO) of the final internal adverse benefit determination I received on [date], which is included with this appeal.

I filed my internal appeal on [date], in response to *[for example, a procedure I received at the advice of my primary care doctor, which you did not consider to be medically necessary]*. Your review board returned their ruling, upholding the original decision to not cover this claim.

[After requesting the external review, this place in the letter is usually a good point to include anything that has come to your attention since you filed your first appeal. For example, "In the process of filing an internal appeal, I learned that my primary physician was granted prior approval for my procedure as documented in the notes included in this appeal." Again, keep it fact-based, and to the point.]

I look forward to your direct response as soon as possible.

Sincerely,

[Your name]

Contact info

CARTA DE MUESTRA NÚMERO 5: APELACIÓN DE UN RECHAZO POR TRATAMIENTO EXPERIMENTAL

Consumer Name, Address, Policy #

May 8th, 2011

Appeals Dept. Info

Dear Sirs:

I'm appealing your company's decision to deny payment for the arthroscopic surgery I had on March 28, 2011, which was performed by one of your contracted surgeons, Dr. Andrew Shah.

Upon receiving the Explanation of Benefits in the mail on April 19, 2011, I called your customer service number and spoke with Ruth C. who told me the plan denied it because the only approved treatment for my diagnosis was open hip surgery. Hearing this, I called my provider who assured me the arthroscopic surgery is a safer and less-expensive treatment than open surgery. He also said he's had no problem receiving payment for nine other patients insured by your company.

If you've paid for this less invasive and less expensive procedure nine other times, I would ask you to continue with this precedent and pay for mine as well.

Included in this appeal is:

- A letter from Dr. Shah explaining why he chose this treatment over the open hip surgery. He also cites several publications establishing this treatment as the current accepted procedure.
- A letter from my physical therapist explaining how my recovery time was significantly less than those of other patients who had the open hip surgery.
- A copy of my file with your company, where it appears you authorized this surgery for Dr. Shah on March 16.

Please review this appeal and let me know if you need anything else to consider this request. I look forward to hearing from you directly as soon as possible.

Sincerely,

Robin Brown

Email: robin.brown@abc.com