



Información sobre aseguradoras: Apelar un rechazo

Cuando necesita atención médica, por lo último que quiere preocuparse es si su seguro de salud cubrirá los servicios que se le han recetado. Recibir un rechazo de su compañía de seguros en relación con la atención que necesita para su diagnóstico o afección médica puede ser increíblemente frustrante para los pacientes, cuidadores y proveedores, y puede provocarle dificultades emocionales o financieras. Es importante recordar que, en la mayoría de los casos cuando recibe un rechazo, usted tiene el derecho de apelar.

Hay miles de compañías de seguros e incluso más planes de salud en los Estados Unidos. Cada compañía y plan es diferente, y a nivel legal, cada compañía tiene permitido establecer sus propias normas en relación con el proceso de apelaciones para su plan. En este documento, hemos resumido el proceso en términos muy generales para abordar la mayoría de los planes de salud comerciales calificados en el mercado.

¿Qué significa recibir un rechazo de su seguro de salud?

Intente pensar en su seguro de salud más bien como un acuerdo comercial en el que usted y su compañía celebran un contrato. El lenguaje normativo o “contrato” menciona los beneficios que puede recibir, y los documentos del seguro resumen la información.

Existen diferentes motivos por los que es posible que su compañía de seguros no pague o rechace la atención que quiere recibir, y estos se basan en cómo se interpreta el lenguaje normativo. Por lo general, un rechazo de la atención significa que el plan de seguro de salud no pagará nada o pagará menos de lo que esperaba del costo de un artículo o servicio.

Cuando presenta una apelación, está haciendo una disputa contractual y solicitándole a su compañía de seguros que reconsidere su decisión de rechazar el pago. Esto le permite brindar información o registros médicos adicionales para cubrir cualquier vacío que pueda haber existido cuando se presentó la solicitud original. Las apelaciones pueden ser presentadas por un paciente, familiar, cuidador, abogado o por su proveedor de atención médica.

En las instancias donde alguien que no sea usted presenta una apelación en su nombre, usted debe completar y presentar un formulario llamado formulario de representante autorizado con su compañía de seguros. Si firma este documento, usted le permitirá a un familiar, cuidador, abogado o consultorio de un proveedor gestionar el proceso de apelación en su nombre.

¿Realmente es un rechazo?

Es importante comprender que puede haber casos donde su seguro no pagará nada del costo de su atención. Si ya recibió la atención, su Explicación de Beneficios (EOB) es una fuente importante de información sobre la cobertura. Por ejemplo, si no ha alcanzado su deducible anual, el monto que usted debe pagar antes de que la compañía de seguros comience a pagar su parte, lo que parece ser un rechazo puede que simplemente sea su responsabilidad de costo compartido.

Hay otros momentos donde el coseguro, el monto que usted paga después de alcanzar su deducible anual, le exige pagar más costos por cuenta propia para un tratamiento o servicio específico. Por ejemplo, una tarifa de coseguro 80/20 significa que la compañía de seguros paga el 80 por ciento y usted paga el 20 por ciento restante del monto permitido del plan de salud. Esto NO es un rechazo y, por lo tanto, no puede apelarse. Esto simplemente es parte del diseño de su plan específico.

A veces, un rechazo de pago podría estar relacionado con algo simple que puede solucionarse corrigiendo un error en la factura o volviendo a presentar la reclamación. Por ejemplo, si recibe una factura de su proveedor, pero no se indica ningún pago de seguro, existe la posibilidad de que pueda solucionarse fácilmente. Puede que el consultorio del proveedor aún no haya enviado una reclamación a su aseguradora o que su plan no haya procesado la reclamación, por lo tanto, parece ser que usted es responsable del 100 % del costo. Las reclamaciones no pueden pagarse hasta que se hayan corregido los errores.

Diferentes motivos de rechazo

El “**porqué**” del rechazo depende de lo que se haya rechazado. Muchas veces, el motivo del rechazo depende de si se le rechaza un procedimiento, una prueba o un medicamento.



Motivos frecuentes de rechazo de procedimientos o pruebas:

- Un proceso podría rechazarse debido a que no es un beneficio cubierto o una exclusión mencionada
- Su proveedor estaba fuera de la red para su plan de seguro y usted no tiene beneficios “fuera de la red”
- Los servicios se consideraron experimentales o en fase de investigación para su afección
- Su plan de seguro de salud no considera médicamente necesario al tratamiento que se le recetó
- Los servicios ya no son apropiados en un entorno de atención médica o a un nivel de atención específicos
- La reclamación no se presentó de manera oportuna
- El tratamiento requería una aprobación previa que no se presentó

Motivos frecuentes de rechazo de medicamentos:

- Hay un límite de cantidad de pastillas que puede recibir cada mes
- Esto podría estar relacionado con algo llamado terapia escalonada, donde su plan de salud indica que usted debe probar medicamentos más baratos antes de poder probar los más caros que su proveedor le recetó
- El plan de medicamentos solo cubre medicamentos genéricos
- El medicamento no figura en la lista de medicamentos del plan de seguro de salud o está fuera del formulario y el plan de salud no pagará el medicamento sin solicitar una excepción
- El medicamento requería una aprobación previa que no se presentó

El proceso de apelaciones formales

Ahora que sabemos lo que son los rechazos y cómo reconocerlos, así como también por qué podría recibir uno, el próximo paso es avanzar con el proceso de apelaciones formales. Antes de comenzar una apelación, debe saber el motivo por el cual se rechazó su reclamación.

Investigue lo que ocurrió. Después de indagar un poco, si aún no está seguro o no comprende por qué se rechazó la reclamación, llame a su plan de salud y pida una explicación. Por lo general, puede comunicarse con el Departamento de Servicio al Cliente de la compañía de seguros llamando al número que figura al dorso de su tarjeta de identificación. A veces, un rechazo ocurre por algo tan simple como un error en el ingreso de datos, como un nombre mal escrito, un número de identificación de seguro incorrecto o su fecha de nacimiento mal escrita. Si la información que el consultorio de su proveedor presentó no coincide con lo que figura en los registros de su compañía de seguros, se rechazará su reclamación. Si se da cuenta de que el error fue cometido por su proveedor, puede pedirle que corrija el problema y volver a presentar la solicitud o reclamación. Si hay códigos de facturación incorrectos o documentación faltante en un rechazo, el plan de seguro de salud requerirá que se vuelva a presentar la reclamación. El consultorio de su proveedor puede manejar esto de manera más sencilla y rápida y probablemente la reclamación se pagará cuando se vuelva a procesar.

Tome nota. Es importante que, cuando haga llamadas telefónicas a su compañía de seguros o al consultorio de su proveedor para analizar el rechazo, anote la fecha, el horario, el nombre de la persona con la que habló, así como también un resumen de la llamada y cualquier información relevante que le hayan brindado. Sea respetuoso cuando hable con la compañía de seguros o el consultorio del proveedor. No son su enemigo, sino que deben seguir las normas de la compañía. Las compañías de seguros pueden proporcionarle un número de referencia para su llamada a fin de que pueda consultarlo en el futuro si es necesario.

Puede que llamar a su compañía de seguros no siempre sea una experiencia positiva. Si le parece que no le están respondiendo sus preguntas, pídale hablar con un supervisor para ver si pueden asistirlo mejor.

Cuando hable por teléfono con su compañía de seguros, el representante puede preguntarle si usted desea presentar su apelación de primer nivel en ese momento. Esto no siempre es beneficioso para usted, ya que no le da tiempo para organizar sus ideas o hablar con su proveedor sobre el rechazo. Puede obtener mejores resultados si espera y aprovecha la oportunidad para continuar investigando y preparando su apelación. Debería ofrecer cualquier evidencia que tenga de que los servicios a los que busca acceder o que ya recibió están cubiertos por su plan de salud. Incluya información relevante de sus antecedentes médicos ya que puede ayudarlo a que su plan de salud apruebe o pague su solicitud.

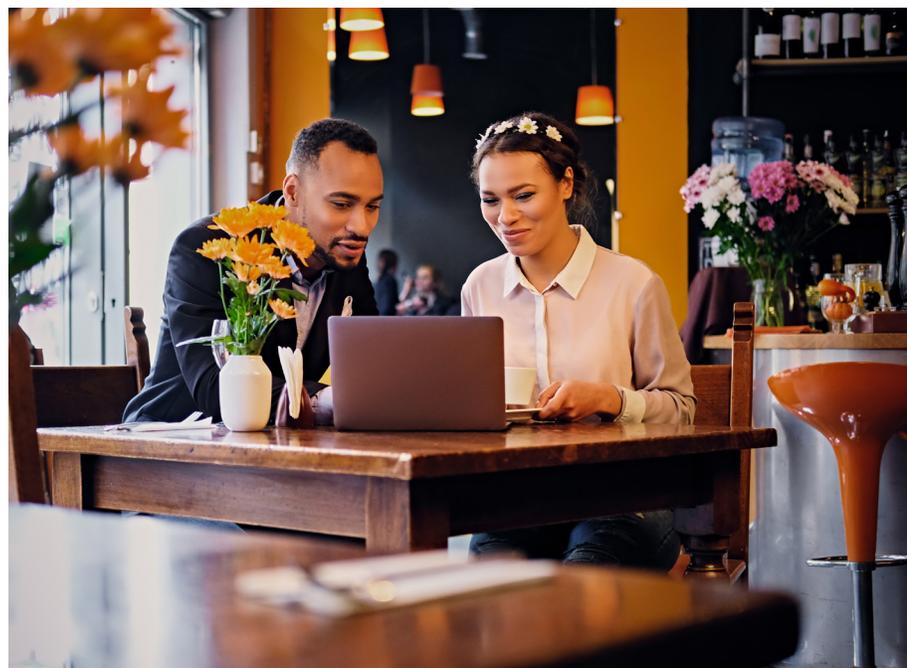
Después de que haya averiguado el motivo del rechazo, asegúrese de comprender el proceso y los plazos de la apelación. Esta información debería incluirse en la carta de rechazo o el documento de explicación de beneficios. Es importante recordar que los plazos de la apelación son específicos de cada plan.

Nota: Es importante que, cuando haya averiguado la fecha en la que tiene que presentar la apelación, use la fecha de la carta de rechazo o la EOB, y NO la fecha del servicio o la fecha en que recibió la carta.

Según el plan que tenga, puede que haya instancias en las que las apelaciones deban presentarse en el plazo de 10 días o puede que tenga hasta 180 días para presentar su apelación.

Luego, aúna esfuerzos con su proveedor. Si ya ha recibido el servicio que se rechaza, debería pedirle al consultorio de su proveedor que suspenda su cuenta mientras avanza con el proceso de apelaciones, ya que lo ayudará a asegurarse de que no termine pagando cargos que puede que no adeude. Muchos consultorios de proveedores médicos completarán el proceso de apelaciones en nombre del paciente. Por lo tanto, debería volver a comprobar con su proveedor si planea presentar la apelación por usted. Es mejor coordinar de modo tal que una persona, ya sea usted o alguien en el consultorio del proveedor, gestione el proceso de apelación.

Lo primero que deberá determinar es si su proveedor médico está dispuesto a participar en una conversación entre pares. Esta opción incluye una conversación entre su proveedor y un director médico que trabaja en la compañía de seguros. Por lo general, su proveedor comparte su historial de tratamientos, información sobre su enfermedad y explica por qué considera que el tratamiento prescrito es la mejor opción para su afección. Desde que su proveedor tiene esta conversación con un director médico, el rechazo puede anularse en este momento. De esa manera, no tendrá que continuar con el proceso de apelaciones formales y la atención en cuestión puede pagarse o podrá recibir la atención que le indicaron.



¿Se ha programado o llevado a cabo una revisión entre pares? Si es así, ¿cuál fue el resultado?

- La revisión entre pares incluye una conversación entre el proveedor que emite la receta y un director médico de la compañía de seguros
- Su proveedor comparte los antecedentes médicos y el historial de tratamientos, información sobre el diagnóstico o la afección y explica por qué considera que el tratamiento indicado es la mejor opción para el paciente
- Los directores médicos pueden usar su propio criterio y anular el rechazo en este momento para que el paciente pueda proceder con el tratamiento
- Coordine con el consultorio del proveedor o la compañía de seguros para programar un horario para la llamada y luego haga un seguimiento con el consultorio del proveedor para conocer el resultado de la llamada

¿Es necesario que proceda con una apelación formal?

Si el consultorio de su proveedor no presenta la apelación en su nombre, igualmente debe consultar al personal para reunir evidencia que respalde el hecho de que la atención que busca o que recibió debe cubrirse. Debería conseguir los registros médicos que incluyan resultados de pruebas recientes y notas del médico de sus visitas al consultorio. Además, debería solicitar una Carta de necesidad médica. Esta carta le permite a su proveedor decir con sus propias palabras por qué la atención indicada es el mejor curso de tratamiento para usted y por qué otros medicamentos, tratamientos, etc. no serían tan efectivos para usted como el que se rechazó. Esta carta debería incluir su diagnóstico específico y antecedentes médicos, y los tratamientos médicos y holísticos que ha probado.

También debería hablar con su proveedor para ver si tiene sugerencias de revistas o artículos médicos que respalden el plan de tratamiento. Diversas investigaciones realizadas por profesionales de la salud demuestran la efectividad del tratamiento para su afección o enfermedad específica. También puede intentar investigar artículos por su cuenta en <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/> o buscando sitios en Internet, como Google Académico.

Si su proveedor de salud considera urgente el tratamiento o el medicamento que se le indicó, su compañía de seguros puede implementar un proceso para gestionar apelaciones aceleradas. Usted tiene la opción de presentar una apelación acelerada o urgente si su médico coincide en que el plazo del proceso de apelación estándar pondría en peligro su vida o posiblemente le causaría dolor o daños graves. Las compañías de seguros tienen 72 horas para revisar y tomar una decisión sobre las apelaciones urgentes.

No hay un plazo estándar para cuándo recibirá la decisión, pero esta información debería estar mencionada en sus documentos de la póliza de seguro. Por lo general, las decisiones de las apelaciones iniciales previas al servicio (antes de recibir la atención) deberían completarse en el plazo de los 30 días. Sin embargo, la decisión inicial para las apelaciones posteriores al servicio (después de recibir la atención) no deberían llevar más de 60 días. Si a su compañía de seguros le llevará más tiempo que este tomar una decisión, usted debería recibir una carta en la que se le explique el retraso.

Debería recibir un aviso de su compañía de seguros de que su apelación se recibió en el plazo de 10 a 14 días después de presentarla. Si no tiene novedades de su compañía de seguros, llámelos para asegurarse de que hayan recibido su apelación y la estén procesando. Puede pedirles una actualización del estado y cuándo se espera que tomen una decisión. Asegúrese de registrar con quién habla, incluir la fecha, el horario y los detalles, y marcarlo en su calendario para que pueda hacer un seguimiento con la compañía de seguros si no tiene novedades cuando finalice el plazo.

Después de que su compañía de seguros tome una decisión, usted recibirá una carta en la que se le indicará la decisión y el motivo médico o la sección del plan de salud que se usó para llegar a esa decisión. Si la decisión es anular el rechazo, ¡felicidades! Si se sostiene el rechazo, la carta de rechazo le brindará detalles sobre los próximos pasos que puede seguir y también cualquier plazo con el que deba cumplir.

Dos tipos de apelaciones de seguro de salud

El proceso de apelación le ofrece dos opciones para apelar un rechazo: una apelación interna y una apelación externa. Una apelación interna es un intento de hacer que el plan de seguro cambie de opinión y apruebe su solicitud, que puede requerir que usted brinde información adicional. Este proceso tiene varios pasos si aún no se ha proporcionado la atención. La mayoría de los planes ofrecerán al menos dos niveles de apelación interna. Su solicitud es revisada por diferentes médicos dentro de la compañía de seguros. Una opción para considerar es una revisión entre pares donde su proveedor de salud puede hablar con un director médico de la compañía de seguros, compartir su historial de tratamientos, detalles sobre su diagnóstico y explicar por qué considera que el tratamiento indicado es la mejor opción para usted. Si proporciona información adicional, quizás pueda hacer que el director médico use su criterio clínico y apruebe la atención que está solicitando.

Si su apelación es para atención que ya se ha proporcionado, usted no tendrá la opción de una revisión entre pares y, por lo general, tendrá el derecho de solicitar una apelación interna y una apelación externa.

Si no pudo obtener una decisión favorable después de completar el proceso de apelación interna, puede que tenga el derecho de solicitar una apelación externa, por lo general, en el plazo de 4 meses a partir del rechazo definitivo de la apelación interna. Por lo general, solo puede solicitar una revisión externa después de haber finalizado el proceso de apelaciones internas. Sin embargo, en situaciones de urgencia médica, puede solicitar una revisión externa incluso si no ha completado todas las apelaciones internas disponibles. En ambas situaciones, la apelación debe cumplir los criterios de la compañía de seguros para una apelación urgente y, en caso de hacerlo, se tomará una decisión en el plazo de 72 horas.

Su Explicación de Beneficios o la carta del rechazo interno definitivo le brindará la información de contacto de la Organización de Revisión Independiente que gestionará su revisión externa. Para proceder, deberá presentar una solicitud por escrito. La mayoría de los estados tienen un formulario para completar. Las apelaciones externas generalmente están reservadas para situaciones en las que usted o su proveedor no están de acuerdo con la compañía de seguros en función de un criterio médico o si la compañía de seguros sostiene que el tratamiento indicado es experimental o está en fase de investigación, y usted o su proveedor afirman que no.

Una apelación externa se da cuando un grupo de médicos externos, conocido como un tercero o una Organización de Revisión Independiente (IRO), no vinculada con la compañía de seguros revisa todos los documentos presentados previamente, las cartas de rechazo y cualquier información adicional que respalde su solicitud, y toma una decisión imparcial. El revisor externo puede sostener la decisión de la compañía de seguros o puede fallar a su favor y aprobar la atención. Su compañía de seguros de salud tiene la obligación de aceptar la decisión tomada por la IRO. Una revisión externa promedio no tarda más de 60 días.

Puede que tenga acceso a un Programa de Asistencia al Consumidor a través de su Departamento de Seguro estatal que puede responder preguntas y guiarlo por el proceso de apelaciones. Si su seguro proviene de un plan de empleadores, comuníquese con el Departamento de Recursos Humanos para que lo aconsejen sobre cómo proceder. Quizás también puede someterse a un proceso de revisión externa federal o estatal según su situación.

Muchos estados ayudan a gestionar los rechazos de seguros de salud mediante su Departamento de Seguro local o el Programa de Asistencia al Consumidor (CAP). Además, usted tiene la opción de comunicarse con sus legisladores estatales y pedirles ayuda.

Si tiene Medicare tradicional: el proceso de apelación es muy similar al de los planes comerciales, pero la terminología es diferente. El proceso de apelaciones es diferente para cada parte de Medicare, Parte A (seguro del hospital), B (seguro de salud/para pacientes ambulatorios), C (Medicare Advantage Plan) o D (plan de medicamentos con receta). Si necesita, puede obtener asistencia de su Programa Estatal de Asistencia de Seguros de Salud (SHIP), que ofrece servicios gratuitos para ayudar a las personas que tienen preguntas o inquietudes sobre Medicare. Para obtener más información sobre las apelaciones de Medicare, consulte el capítulo 7 de la publicación de PAF, Una visión clara de Medicare.

Si tiene Medicaid: los programas estatales de Medicaid deben contar con un proceso para que sus miembros apelen. Los derechos de apelar se establecen a nivel federal, pero cada estado establece sus propias normas para procesar las apelaciones. Además, los estados deben ofrecer una audiencia imparcial para sus miembros. Para obtener más información sobre cómo su estado gestiona las apelaciones, visite el sitio web de Medicaid de su estado o su Departamento de Servicios Humanos local.

Qué sucede si recibe un rechazo:

No se dé por vencido. La carta de rechazo de su apelación le proporcionará detalles sobre los próximos pasos. Los plazos para las apelaciones secundarias no siempre son los mismos que los de la apelación inicial, así que asegúrese de estar haciendo un seguimiento de la fecha en la que debe presentar los documentos.

Vuelva a organizarse. ¿Faltaron cosas en su primera apelación? ¿Ha presentado algún síntoma o cambio nuevo en su afección desde que presentó su apelación inicial? ¿O ha probado alguna terapia nueva para tratar su afección y ha obtenido resultados negativos? Si es así, asegúrese de incluir esta información en el siguiente nivel de apelación, ya que estos datos pueden ser un buen respaldo para su solicitud.

Intente no desanimarse. Es fácil que este proceso lo decepcione y puede sentirse como un obstáculo detrás del otro, pero haga todo lo posible para no frustrarse. Simplemente recuerde que avanzar por el proceso de apelaciones es parte de defenderse a usted mismo para poder recibir la atención médica que se merece.

Si ha finalizado el proceso de apelación formal, puede que hayan otras opciones para explorar:

Si su plan de salud es patrocinado por un empleador, este puede “autofinanciar” los beneficios de seguro de salud para los empleados. Esto significa que el empleador puede influir en las decisiones finales que se toman sobre el pago de las reclamaciones médicas y sobre otras decisiones de atención médica en relación con sus beneficios. Si bien el empleador ha contratado a una compañía de seguros de salud para que administre los beneficios, su empleador tiene el derecho de tomar o anular decisiones sobre los beneficios proporcionados por la compañía de seguros. Si se siente cómodo compartiendo su información médica con su empleador, puede considerar hacer una apelación compasiva directamente a los ejecutivos superiores dentro de su compañía para que ellos tomen la decisión final.

La Ley de Seguridad de los Ingresos de Jubilación de los Empleados de 1974 (ERISA) es una regulación federal que se aplica a participantes en los planes de seguros para empleados. Esta ley no se aplica a los planes patrocinados por el gobierno ni a las iglesias. Entre otras cosas, la ley establece sus protecciones cuando se rechaza una reclamación y ofrece una descripción de sus derechos para recurrir a acciones legales si usted no está de acuerdo con la decisión del plan.



Recopilar toda la información: su paquete de apelación

Guarde en un solo lugar las copias de toda la información que se aplica a su reclamación y rechazo que envió a la compañía de seguros. Esto puede incluir lo siguiente:

- Una copia de la carta de rechazo o la Explicación de Beneficios
- Una copia de cualquier formulario de apelación que se le haya pedido enviar a su compañía de seguros
- Su carta de apelación: bájese en los hechos, no en las emociones, a la hora de escribir la carta. Asegúrese de que se base en el motivo real del rechazo de la compañía de seguros
- Give a brief history of your medical condition and your understanding of why your medical provider is ordering this treatment
- Proporcione un breve historial de su afección médica y lo que usted entiende que es el motivo de que su proveedor de salud indique este tratamiento
- Sea específico a la hora de pedirle a la compañía de seguros que reconsidere la decisión de rechazar su solicitud
- Una copia de una segunda opinión o un informe de un especialista que respalde el tratamiento que se recomienda si está disponible

La carta de rechazo o la EOB deberían brindarle la dirección o el número de fax de donde debe enviarse su apelación. Algunas compañías de seguros quieren que suba su apelación al portal de miembros de la compañía de seguros. Se recomienda que, si envía su paquete de apelación por correo, lo envíe certificado o con seguimiento para que sepa cuándo lo recibieron. Siempre haga un seguimiento para confirmar la recepción.

Su carta es una parte importante de su apelación, ya que le permite informar a la compañía de seguros sobre su situación. Ya brindamos sugerencias sobre diferentes documentos que puede incluir en su paquete de apelación. Ahora queremos darle consejos sobre qué incluir en su carta según el motivo que la compañía de seguros indicó para rechazar su solicitud o reclamación.

RECHAZO POR NO SER MÉDICAMENTE NECESARIO

- Revise la definición de necesidad médica en su manual para miembros y demuestre que el medicamento o el tratamiento solicitado cumple con la definición del plan de salud
- Solicite una carta de necesidad médica del proveedor encargado del tratamiento (también incluya si tiene una segunda opinión o un informe de un especialista que respalde el tratamiento) que indique por qué se recomienda el medicamento o el procedimiento
- Prepare un historial detallado que destaque los tratamientos previos o la terapia que se probó, así como los resultados y por qué funcionó o no
- Busque en Internet sociedades profesionales o asociaciones de enfermedades para obtener información sobre cuándo el tipo específico de tratamiento recomendado se convirtió en la mejor práctica para su afección. Idealmente, pídale al consultorio de su proveedor que le brinde orientación
- Si esta apelación es para medicamentos, verifique que el medicamento esté incluido en el formulario de medicamentos del plan de seguro. Según el motivo del rechazo, compruebe si el medicamento está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) para su afección

RECHAZO POR SER UN TRATAMIENTO EXPERIMENTAL O EN FASE DE INVESTIGACIÓN

- Demuestre que el medicamento o tratamiento solicitado se considera tratamiento de referencia para su diagnóstico o situación. Cuando sea posible, incluya el prospecto del medicamento o la carta de aprobación de la FDA en su apelación
- Obtenga una carta del proveedor encargado del tratamiento que explique por qué se pide un medicamento o tratamiento y que describa otros tratamientos que ha probado, y los resultados de esos tratamientos
- Busque en Internet sociedades profesionales o asociaciones de enfermedades para obtener información que respalde que el tratamiento recomendado es un tratamiento aceptado para su afección. Idealmente, pídale al consultorio del proveedor que le proporcione los artículos

RECHAZO POR SER UN PROVEEDOR O UN CENTRO FUERA DE LA RED

- Si los cargos rechazados ocurrieron mientras usted recibía atención de proveedores dentro de la red (p. ej., cargos de radiología, análisis de laboratorio o anestesia), comuníquese con la compañía de seguros por teléfono antes de redactar una carta, explique la situación y pídale que reconsideren pagar los cargos a una tarifa dentro de la red
- Si la atención es consecuencia de una emergencia, proporcione la documentación que le permitirá a la compañía de seguros reconsiderar pagar los cargos a una tarifa dentro de la red
- Si se trató de un procedimiento programado, deberá probar que ningún proveedor que actualmente figura en la red de proveedores del seguro tiene la capacitación o experiencia necesaria para tratar su afección. Quizás puede demostrar que ocurre lo siguiente:
 - No hay proveedores dentro de la red certificados por la junta en la especialidad necesaria o no tienen la experiencia para tratar su afección específica
 - No había ningún servicio similar disponible dentro de la red aprobada



RECHAZO POR FALTA DE UNA AUTORIZACIÓN PREVIA

- Comuníquese con el consultorio del proveedor para consultar si se presentó una autorización previa junto con la información que proporcionaron. Por ejemplo, si se presentó una, ¿cuál fue la decisión? ¿Se contactó a la compañía de seguros y le indicaron al proveedor que no se necesitaba una autorización previa? Si es así, debería obtener la fecha, el horario y el nombre del representante de la compañía de seguros que brindó la información
- Comuníquese con la compañía de seguros y pídale que se reconsidere el rechazo por ser una necesidad médica. Es importante que sepa que algunas compañías de seguros no emitirán lo que denominan una autorización retroactiva (después de que se hayan prestado los servicios)
- Indique el motivo por el que no se obtuvo una autorización previa, brinde los documentos de respaldo que demuestren que los servicios eran médicamente necesarios. Su objetivo es demostrar mediante cualquier documentación que, si se hubiese obtenido
- una autorización previa, el servicio habría sido aprobado

Como consumidor, comuníquese con su compañía de seguros en cualquier momento en que se le programe un procedimiento. Es su responsabilidad notificar a su compañía de seguros y verificar si este es un servicio cubierto y si se necesita una autorización previa. Guarde bien todas las comunicaciones.

RECHAZO POR SERVICIOS O PROCEDIMIENTOS QUE NO ESTÁN CUBIERTOS POR SU PÓLIZA O EXCEDEN LAS LIMITACIONES DE LA PÓLIZA

- Consulte el manual de su póliza o la póliza en línea en servicios cubiertos o beneficios no cubiertos (la manera en que se menciona cambia según la póliza) para verificar si el servicio, procedimiento o tratamiento que se solicita está mencionado específicamente como una exclusión conforme a la póliza. Cite el manual y brinde evidencia de cobertura en su carta, incluida la página y la sección
- Compruebe la letra pequeña en la parte inferior de la página que especifica las excepciones para ver si pueden aplicarse en su circunstancia específica. Por ejemplo, si se especifica un límite en las visitas de fisioterapia en el manual, puede que haya una opción para solicitar visitas adicionales si usted puede demostrar mejoras y que la terapia continúa siendo una necesidad médica
- Compruebe con su Departamento de Seguros local (si es un plan individual o de mercado) para ver si existen protecciones al consumidor específicas del estado que puedan aplicarse

¿Tienes una negación?



Ha recibido un rechazo. Determine el motivo



Preste atención a los plazos de presentación



Comuníquese con su médico para recibir asistencia.
Redacte una carta de apelación



Envíe la carta de apelación y documentación de respaldo



Verifique que la compañía de seguros haya recibido la apelación y la esté procesando



Se recibe la carta con la decisión de la compañía de seguros

1. Si la aprobaron, ¡felicidades!
Avance con el tratamiento



2. Si la rechazaron, consulte la carta de rechazo para comenzar el siguiente nivel de apelación

Fecha

Atención: Departamento de Apelaciones
Nombre de la compañía de seguros
Dirección
Ciudad/Estado/Código postal

Asunto: Apelación para [nombre del paciente]
Número de identificación del miembro: [número de identificación del paciente]
Fecha de nacimiento: [fecha de nacimiento del paciente]
Número de grupo/póliza:

Estimado/a [nombre de contacto de la aseguradora]:

Le pedimos que acepte esta carta como la apelación de [nombre del paciente] para reconsiderar la cobertura de [indique el nombre del procedimiento o del medicamento específico]. Según tengo entendido, este [procedimiento/tratamiento/medicamento] se ha rechazado el [ingrese la fecha] debido a que [indique el motivo específico para el rechazo según lo que dice la carta de rechazo].

Como sabe, [nombre del paciente] estuvo bajo tratamiento por [nombre de la enfermedad] desde el [fecha de inicio]. [El Dr./La Dra.] [nombre] considera que [nombre del paciente] se beneficiará del [procedimiento/tratamiento/medicamento]. Consulte la carta adjunta para obtener los antecedentes médicos detallados de [nombre del paciente].

Específicamente, [nombre del paciente] ha [probado sin resultados favorables] las siguientes terapias:

- [Enumere las terapias, la duración y los resultados (es decir, los motivos específicos de los resultados desfavorables)]

[Nombre del medicamento o procedimiento] es adecuado en términos médicos para mi paciente por los siguientes motivos:

- [Ingrese los criterios del tratamiento por los cuales (nombre del medicamento o procedimiento) es médicamente necesario]

A fin de respaldar esta apelación, he incluido la siguiente documentación para que la revise:

- [Notas sobre el progreso del paciente que describan el diagnóstico de la enfermedad]
- [Documentación sobre el historial de tratamientos, terapias previas recetadas y resultados]
- [Criterios por los cuales es apropiado recetarle el procedimiento o medicamento al paciente]
- [Carta de rechazo de la solicitud de autorización previa o reclamación]
- [Si corresponde, artículos de revistas que respalden el tratamiento]

Gracias por su pronta respuesta a esta solicitud. Le pido que reconsidere su decisión previa y que permita la cobertura para el [procedimiento/tratamiento/medicamento] según se indica en esta carta. Si necesita información adicional, no dude en comunicarse con [nombre del paciente] al [número de teléfono]. Espero tener noticias suyas pronto.

Atentamente,
[Su nombre]



PAF Patient Advocate Foundation

Solving Insurance and Healthcare Access Issues | since 1996