



Fast Facts

Apelaciones y Cartas de Necesidad Medica

Apelaciones- healthcare.gov

Si su compañía de seguro médico se reusa a pagar un servicio cubierto, o termina su cobertura, usted tiene el derecho de apelar la decisión y hacer que un tercero la revise. Usted puede solicitar que su compañía reconsidere la decisión. La compañía de seguros tiene que explicarle porque rechazaron el reclamo o terminaron su cobertura. Y tienen que hacerle saber cómo puede disputar sus decisiones.

Tipos de Apelaciones

Apelación Interna- si su reclamo fue negado o su seguro médico fue cancelado usted tiene el derecho de apelar internamente. Usted puede pedir que su compañía de seguros haga una revisión completa y justa de la decisión. Si su caso es urgente, la compañía debe acelerar el proceso.

Hay 3 pasos para el proceso de apelación interna:

1. **Usted presenta un reclamo-** un reclamo es una petición de cobertura. Usted o un proveedor de salud usualmente presentan un reclamo para poder ser reembolsados por los gastos de tratamiento o servicios.
2. **Su seguro médico niega el reclamo-** su seguro debe notificarle por escrito y explicar por qué negaron:
 - Dentro de 15 días si está solicitando autorización previa para un tratamiento
 - Dentro de 30 días por servicios médicos ya recibidos
 - Dentro de 72 horas por servicios de emergencia
3. **Usted presenta una apelación interna-** para presentar una apelación interna usted necesita:
 - Completar todas las formas requeridas por su compañía de seguros,
 - O escribir una carta con su nombre, número de reclamo, y su número de póliza de cobertura.
 - Cualquier información adicional que usted quiera que sea considerada como cartas escritas por el doctor.

El programa de ayuda al consumidor de su área puede presentar una apelación por usted. Usted tiene que presentar una apelación dentro de 180 días (6 meses) de recibir la noticia de que su reclamo fue negado. Si usted tiene una situación médica urgente, usted puede pedir una revisión externa al mismo tiempo que su apelación interna. Si su compañía de seguro niega el reclamo después de la apelación, usted puede pedir una apelación externa.

¿Que documentos necesito?

Guarde copias de toda la información relacionada con su reclamo y la negación. Eso incluye información que su compañía le provee a usted y la información que usted le provee a la compañía como:

La carta de explicación de beneficios o la carta donde dice que el pago de su reclamo fue negado

- Una copia de la petición de una revisión interna que usted le envió a la compañía de seguros.
- Todos los documentos con información adicional que usted le envió a la compañía (cartas o alguna información escrita por el doctor)
- Una copia de todas las cartas o formularios que usted firmo, si usted elige a que alguien presente la
- Fechas y notas de todas las conversaciones telefónicas que usted haya tenido con su compañía de seguros o su doctor que tengan relevancia a su apelación. Incluya el día, hora, nombre y cargo de la persona con quien usted converso y también escriba detalles.

Mantenga los originales de todos los documentos y presente copias a la compañía de seguros. Usted tendrá que enviarle una petición original a la compañía para presentar una apelación interna, y su petición de que una tercera persona (como su doctor), haga la petición por usted. Asegúrese de guardar sus propias copias de estos documentos.

¿Qué tipo de negaciones pueden ser apeladas?

- Usted puede presentar una apelación interna si su plan de cobertura le no cubre, no paga algunos o todos de los costos de servicios que usted cree deberían ser cubiertos. El plan puede negar cobertura porque:
- El beneficio no es ofrecido bajo su plan de salud
- El problema médico comenzó antes de que usted entrara al plan
- Usted recibió servicios de un proveedor u hospital que no está en la red de proveedores aprobados por su plan.
- El servicio o tratamiento solicitado no es “necesario medicamente”
- El servicio o tratamiento solicitado es “experimental” o “investigativo”
- Usted ya no está inscrito en el plan o no es elegible para el plan de salud.
- Le está revocando la cobertura desde la fecha de inscripción por que la compañía de seguros re-clama que usted dio información falsa o incompleta cuando postulo al plan de salud.

¿Cuánto se demora una apelación interna?

Su apelación interna tiene que ser completada dentro de 30 días si es para un servicio que no ha recibido. Su apelación interna tiene que ser completada dentro de 60 días si es por un servicio ya recibido.

Al final de su proceso de apelación, su compañía de seguro médico tiene que proveerle con una carta por escrito la decisión. Si su reclamo sigue siendo negado, usted puede pedir una apelación externa. La determinación final de su compañía de seguros debe darle la información de cómo presentar una apelación externa.

¿Qué pasa si mis cuidados son urgentes y necesito una decisión rápida?

En casos urgentes, usted puede presentar una apelación externa aunque usted no haya completado el proceso de apelación interna. Puede presentar una apelación acelerada si el plazo para el estándar del proceso de apelación pondría en grave peligro su vida o su capacidad para recuperar la función máxima. Puede presentar una apelación interna y una solicitud de revisión externa al mismo tiempo. La decisión final sobre su apelación debe ser tan rápida como lo requiera su condición médica, y al menos dentro de 4 días hábiles después de recibir su petición. Esta decisión final se puede entregar verbalmente, pero debe ir seguido de un aviso por escrito dentro de las 48 horas.

Apelaciones (Revisiones) Externas- Usted tiene el derecho de presentar su apelación a una tercera persona independiente. Esto se llama revisión externa. Una revisión externa significa que la compañía de seguros ya no es responsable de tomar la decisión final si el reclamo será cubierto o no. Hay dos pasos en el proceso externo:

- **Usted presenta una revisión externa-** usted tiene que presentar una solicitud por escrito dentro de 60 días de la fecha que su compañía le envió la decisión final. Algunos planes de salud le dan más de 60 días para someter su apelación. La carta enviada a usted por su compañía de seguros o plan de salud debería decirle el plazo que usted tiene para enviar su solicitud.
- **La persona externa emita una decisión final-** la revisión externa puede mantener la decisión previa o decidir a su favor. La compañía de seguro, requerida bajo la ley, tiene que aceptar la decisión de la revisión externa.

Tipos de Negaciones que pueden ir a revision externa

- Cualquier negación que implique un juicio médico en el que usted o su proveedor pueden estar en desacuerdo con el plan de seguro de salud
- Cualquier negación que implique una determinación que de un tratamiento es experimental o investigativo
- Cualquier negación basada en que su compañía de seguros dice que usted dio información falsa o incompleta cuando usted postulo a la cobertura.

¿Cuáles son mis derechos con una revisión externa?

Las compañías de seguros médicos en todos los estados deben participar en el proceso de revisión externa que cumple con los estándares de protección del consumidor de la ley de atención médica.

- **ESTATAL-** Su estado puede tener un proceso de revisión externa que cumple o excede los estándares. Si ese es el caso, las compañías de seguro médico en su estado siguen ese proceso. Usted podrá obtener las protecciones delineadas en ese proceso.
- **FEDERAL-** Si su estado no tiene un proceso de revisión externo que cumple con los estándares mínimos de protección al consumidor, el departamento de salud y servicios humanos del gobierno federal supervisará el proceso para las compañías de seguro médico en su estado.

Dependiendo de su plan de salud y donde usted vive, lo siguiente puede aplicar a usted:

- Las compañías de seguro pueden elegir si participan en una administración del gobierno para los procesos de revisión externa o contratar compañías independientes para supervisar el proceso externo
- Si usted está cubierto por un seguro médico por su empleador, es probable que no sea elegible para participar en una revisión externa estatal.
- Si su plan no participa en las revisiones externas administradas por HHS, su seguro médico debe contratar a una organización independiente para supervisar el proceso.

¿Cómo puedo saber más sobre la revisión externa en mi estado?

Revise la información en su explicación de beneficios o en la carta final de la negación de la apelación interna que le envió su compañía de seguros. Eso le dará la información de la organización o que procesara su revisión externa

Si mi compañía de seguro médico participa en revisiones externas administradas por HHS, ¿cómo presento una apelación externa?

- Llame gratis al 1-888-866-6205 para pedir un formulario para apelaciones externas. Después devuelva el formulario vía fax al 1-88-866-6190.
- Puede enviar el formulario por correo a : MAXIMUS Federal Services , 3750 Monroe Ave., Suite 705 Pittsford, NY 14534
- También puede someter su petición por email a ferp@maximus.com

¿Puede alguien presentar una revisión externa por mí?

Usted puede designar a un representante (como su doctor, o algún otro profesional médico) quien sabe sobre su historial médico, para que presenten la petición de la revisión externa. El formulario para la autorización de un representante se puede encontrar en : www.externalappeal.com

¿Cuándo me cuesta a mi presentar una revisión externa?

- Si su compañía de seguros es administrada por HHS para las revisiones externas, no hay gastos.
- Si su compañía de seguros contrata a una organización independiente para hacer las revisiones, está usando una agencia del estado para hacer las revisiones, podría haber cargos. Si es así, el cargo no puede ser más de \$25.00.

Dónde puedo encontrar ayuda para presentar una revisión externa?

Si usted necesita ayuda para presentar una apelación interna o externa, el programa de ayuda al consumidor de su área puede presentar una apelación por usted.

Apelaciones de Medicaid— Colorado.gov site

¿Cómo Presento una apelación?- si su caso es por una negación de cobertura, termino o reducción de beneficios como Health First Colorado (Medicaid), Asistencia de comida o Colorado Works Llene el formulario- Request for State Level Hearing Form, o usted puede escribir una carta con la siguiente información:

- Su nombre, dirección y número de teléfono
- El condado donde le están negando sus beneficios
- El beneficio que está siendo negado
- Si alguien más lo va a representar con el trámite y si es así, toda la información para contactar a esa persona (nombre, dirección y número de teléfono)
- Una explicación breve del porque usted está apelando esta decisión
- Copias de todas las cartas de negación o termino de servicios que usted haya recibido.

Por favor, asegúrese de firmar la carta o el formulario y mándelo por correo a Denver office of the OAC o puede mandarla información por fax al 303-866-5909. Si usted desea que sus beneficios continúen durante el proceso de apelación, asegúrese de declarar eso en su apelación y notifique al condado de su apelación. En muchos casos relacionados con la denegación, terminación o reducción de un beneficio (asistencia de comida, o Medicaid por ejemplo), usted puede ser representado por alguien que no es un abogado. Esos si, la persona representándolo TIENE que tener una autorización por escrita para poder hacerlo. La autorización puede ser en varias formas:

- Poder general que designa a su representante para que actúe en su nombre (en la mayoría de los casos, un poder médico no es suficiente)
- Orden de tutela, en la que el representante es nombrado tutor legal.
- Una carta firmada por el beneficiario específicamente nombrando al representante. Esta carta debe estar firmada por el beneficiado

En un caso de Medicaid, también se debe completar un formulario de Representante no aboga-do completamente ejecutado. En un caso que no es de Medicaid, solo un formulario de Autorización de Representante completamente ejecutado. Si usted está presentando una apelación a nombre de su hijo/hija que es menor de edad, declare esto en su carta de apelación e indique la fecha de nacimiento de su hijo/hija. Si usted está presentando una apelación a nombre de un menor que esta bajo su cago como “foster”, usted necesitara incluir una copia de la orden otorgando tutela legal.

¿Cuánto tiempo llevará obtener una audiencia? Las reglas relacionadas a cuando su audiencia será programada se rigen por las reglas correspondientes al tipo de caso. Como regla general, sus audiencias generalmente se programarán entre 6 y 8 semanas a partir de la recepción de su apelación.

Carta de Necesidad Medica -Sharecare.com

Una carta de necesidad médica (LOMN por sus siglas en inglés) es una parte esencial al pedir servicios, y puede ser usada para una variedad de situaciones. Quizás un doctor ha recetado una nueva medicina para un paciente y la compañía de seguros niega el pago por la nueva medicina. O un paciente es hospitalizado y su doctor quiere que vaya a un centro de rehabilitación después de ser dado de alta pero el plan de salud niega la propuesta. O talvez un médico pide una pieza de asistencia (silla de ruedas, audífonos, etc) y la compañía de seguros niega el reclamo y no pagan por nada. Una carta de necesidad médica, si se está siendo sometida a una compañía de seguros médicos privada u otra fuente de financiamiento, debería contener la información necesaria para convencer al lector que los servicios solicitados son necesarios para poder cumplir con las necesidades médicas de la persona que las está solicitando. Para poder ser efectiva, la carta de necesidad médica debería ser escrita por un profesional en área de medicina que sea familiar con las condiciones médicas de la persona solicitando el servicio. El profesional debería describir brevemente sus credenciales profesionales y la relación con el paciente. El profesional puede ser un doctor, enfermera, un terapeuta físico, terapeuta ocupacional, o cualquier otro profesional médico. Sin embargo, tenga en cuenta que la mayoría de las fuentes de financiamiento (por ejemplo compañías de seguros) requieren una receta médica como parte de la solicitud de financiamiento. Por lo tanto, cartas de necesidad médica no escritas por un doctor deberían ser respaldadas por un doctor o adjuntar una receta médica. Cuando una LOMN ha sido escrita, pero los servicios siguen siendo negados, hágase un favor y localícelo para asegurarse que incluyan las partes importantes. La mayoría de las LOMN no están muy bien escritas o no son muy convincentes y las compañías de seguros fácilmente niegan los servicios

Para escribir una carta de necesidad médica necesita esta información:

- Nombre el menor, nombre de los padres (hijos y padres pueden tener apellidos diferentes)
- Fecha de nacimiento del menor
- Nombre el plan de seguro médico (pueden haber varios planes)
- Diagnostico relevante (códigos de diagnóstico pueden ayudar pero solo si son precisos)
- Producto/ servicio solicitado
Por qué este producto/servicio es medicamento necesario (refiérase a la definición del plan de salud)
- ¿Qué impacto positivo / negativo tendrá el artículo / servicio en el alcance (incluido financiero) y la duración del tratamiento? Documentos suplementarios (cartas de otros proveedores, artículos de investigación, información de productos)
- Incluya lista de fondos que NO pueden ayudar (las cartas de negación ayudan)

Palabras que puede usar: *necesidad médica, basado clínicamente, promueve independencia, previene una segunda discapacidad, seguridad, costo-efectivo.*

Palabras que evadir: *custodia, rehabilitación, retraso del desarrollo/discapacidad, retraso en el habla (sin un diagnóstico como afasia), conveniencia del cuidador.*

Pregúntese si su carta de necesidad médica responde estas preguntas:

- ¿Hay un proveedor con licencia que indique por escrito que el artículo/servicio es medicamento necesario?
- ¿Este artículo/servicio no es conveniente para el cuidador?
- ¿Son efectivos los costos de este artículo/servicio? En caso afirmativo, ¿ha explicado cómo?
- ¿Este artículo/servicio se considera una práctica médica estándar?
- ¿Ha explicado cuánto tiempo y con qué frecuencia se utilizará el artículo/servicio?
- ¿Es este artículo/servicio adecuado para la necesidad del individuo?