

¿Cómo aprender más sobre mi derecho a una revisión externa?

Examine la información sobre La Explicación de Beneficios (EOB, por sus siglas en inglés) o en la denegación final de la apelación interna de su plan médico. Su póliza, certificado, folleto de membresía, resumen de beneficios o descripción de la cobertura tendrían que incluir una descripción de los procedimientos de apelación de la aseguradora.

¿Qué sucede si el reclamo sigue denegado después de una revisión externa?

La Ley de Revisión Externa de Seguro Médico de Estatutos Revisados de Nebraska § 44-1311 indica que las decisiones de revisión externa vinculan al solicitante como así también a la aseguradora, excepto en el alcance que ellos tengan otras soluciones disponibles bajo la ley. Usted no puede volver a presentar al Departamento de Seguros otra revisión externa en la misma denegación de reclamo.

Si la cuestión no se resuelve a su favor, usted puede presentar un reclamo por escrito en esta oficina, pero el departamento no puede anular la decisión de revisión externa. Se les recomienda a los solicitantes que utilicen los derechos de apelaciones internas y externas antes de presentar una queja con el departamento. Como organismo administrativo, el Departamento de Seguros está limitado en qué puede hacer para asistir. No posee personal médico en planta, ni tiene autoridad legal para requerir que un seguro médico pague por los servicios en cuestión. En cambio, organizaciones revisoras independientes que realizan revisiones externas son profesionales médicos imparciales con autoridad para ratificar o anular denegaciones de reclamos.



TELÉFONO (402) 471-2201
FAX (402) 471-4610
LÍNEA PARA EL CONSUMIDOR: 1-877-564-7323
TDD (800) 833-7352
VOZ (800) 833-0920
www.doi.nebraska.gov



Cómo apelar una decisión de su plan médico



Departamento de Seguros de Nebraska
(Nebraska Department of Insurance)
941 O Street, Suite 400
Lincoln, NE 68508

OUT17305—Rev. 4/17

¿Cómo apelo una decisión de un plan médico?

Si su aseguradora se niega a pagar un reclamo o rescinde su cobertura, usted tiene el derecho de solicitarles que reconsideren la decisión. Aseguradoras médicas tienen que informarle porqué le han denegado su reclamo o finalizado su cobertura y tienen que decirles cómo disputar sus decisiones.

Existen dos pasos para el proceso de apelación de una decisión de plan médico:

1. Apelación interna: si su reclamo es denegado o su cobertura de seguro médico es cancelada, usted tiene derecho a una apelación interna.

2. Revisión externa: Para ciertos tipos de denegación de reclamos, después de haber completado el proceso de apelación interna, usted tiene el derecho a solicitar una revisión externa con un tercero independiente.

Si la espera por la cantidad usual de días para una apelación interna o externa pusiera seriamente en peligro su vida o su salud, o si el tratamiento atrasado pusiera en peligro su habilidad de recobrar máxima funcionalidad, usted puede solicitar una versión acelerada de las revisiones externas y las apelaciones internas.

Favor de tener en cuenta que los procedimientos de apelación descriptos aquí no aplican a pagos médicos de planes de enfermedad específica, de accidente específico, de accidente solamente, de crédito, dentales, de incapacidad, de indemnidad hospitalaria, de cuidado a largo plazo, de cuidado visual, de suplementario de Medicare, de indemnización laboral o de automóvil.

Planes de salud protegidos—planes que existían el 23 de marzo de 2010 y que no han cambiado substancialmente— no están sujetos a los requisitos de revisión externa.

Apelación interna

Si usted presenta un reclamo y su seguro médico lo deniega, entonces la Ley de Procedimiento de Queja de Seguro Médico de Estatutos Revisados de Nebraska §§ 44-7301 al 44-7315, le da el derecho a presentar una apelación interna.

Para presentar una apelación interna, usted necesita:

- Completar todos los formularios requeridos por su seguro médico o puede escribirle a su aseguradora con su nombre, número de reclamo y número de identificación de seguro médico.
- Enviar cualquier información adicional que quiera que su aseguradora considere para ayudar a explicar por qué cree que la decisión de la compañía médica no era la correcta. A veces una carta de su doctor justificando la necesidad médica puede ser de ayuda.

Usted debe presentar una apelación interna en menos de 180 días (6 meses) de haber recibido la notificación que su reclamo había sido denegado. Si usted tiene una situación urgente de salud, le puede solicitar una revisión externa al mismo tiempo que la apelación interna.

¿Qué tipos de denegaciones pueden ser apeladas?

Usted puede solicitar una apelación interna si su plan médico no autoriza servicios o se niega a pagar la porción de los costos de cuidados de la salud que usted cree que deberían ser cubiertos. Motivos de negativas que los planes puedan utilizar son:

- No se ofrece el beneficio bajo su plan médico;
- Usted recibió servicios de un proveedor de salud o de un centro de salud que no pertenece a la red aprobada por su plan;
- El servicio o el tratamiento solicitado "no es necesario por razones médicas";
- El servicio o tratamiento solicitado es "experimental" o "de investigación";

• Usted ya no está inscrito o ya no es elegible para ser inscrito en el plan médico; o

• Se deja sin efecto o se cancela su cobertura desde la fecha en que usted se inscribió porque la compañía de seguros alega que usted facilitó información falsa o incompleta cuando solicitó la cobertura.

¿Qué papeles necesito?

Guarde copias de toda la información relacionada con su reclamo y con la denegación; la información que usted envía y las respuestas que recibe. De ser necesario, usted puede solicitar copias gratis de su registro de reclamación completo desde la compañía de seguro. Ejemplos de documentos importantes son:

- Formularios y cartas de explicación de beneficios detallando qué pagó o que servicios fueron denegados y por qué.
- Una copia fechada de la solicitud de apelación interna que usted le envió a su compañía de seguros.
- Cualquier información adicional que usted envió a la compañía de seguros; por ejemplo, una carta o expediente médico de su doctor.
- Una copia de cualquier carta o formulario que usted haya firmado autorizando a su médico o a cualquier otra persona para que presente una apelación en su nombre.
- Notas y fechas de cualquier conversación telefónica que haya tenido con su compañía de seguros o con su doctor, relacionadas con su apelación. Incluya la fecha, hora, nombre y cargo de la persona con quien usted habló y los detalles de la conversación.

¿Cuánto tiempo toma una apelación interna?

La apelación interna debe ser completada dentro de los 15 días hábiles después de que la compañía de seguro haya recibido su solicitud a una revisión. Para algunos reclamos, si la compañía aseguradora no puede completar la revisión dentro de los 15 días hábiles, puede tomar hasta 15 días hábiles adicionales.

¿Qué sucede si necesito cuidado urgente y una decisión más rápida?

Apelaciones aceleradas son completadas dentro de las 72 horas y están disponibles:

- En situaciones urgentes cuando la espera de 15 días hábiles pusiera en peligro su vida o su salud o si esperar 15 días pueda poner en peligro su habilidad de recuperar máxima funcionalidad, usted puede solicitar una apelación acelerada; o
 - Cuando una persona bajo cobertura ha recibido servicios de emergencia, pero no ha sido dada de alta del centro de salud, para todas las denegaciones de reclamo sobre una hospitalización, disponibilidad de cuidado, hospitalización continua o servicio de cuidado de la salud.
- Apelación interna y revisión externa aceleradas pueden realizarse simultáneamente en los raros casos cuando la espera de 72 horas para una apelación interna pusiera en peligro la vida o la habilidad de recurrir máxima funcionalidad del paciente.

¿Qué sucede si mi apelación interna queda denegada?

Al finalizar el proceso de apelación interna, su compañía de seguros debe notificarle una decisión por escrito. Para ciertos tipos de denegaciones de reclamos, si su compañía de seguro aun le deniega el servicio o el pago por su reclamo, usted puede solicitar una revisión externa. La determinación final de la compañía de seguros deberá indicarle cómo usted puede solicitar una revisión externa.

Revisión externa

Ley de Revisión Externa de Seguro Médico de Estatutos Revisados de Nebraska §§ 44-1301 al 44-1318, le da la oportunidad de un tercero neutral de revisar un reclamo denegado.

¿Qué tipos de denegaciones pueden ir a una revisión externa?

- Una determinación de un servicio de cuidado de la salud cubierto que no cumple con los requisitos de la aseguradora por necesidad médica, adecuación, ámbito de atención de salud, nivel de cuidado o eficacia; o
- Un reclamo por el motivo de que un tratamiento es experimental o de investigación.

¿Qué sucede si la denegación de un servicio médico o medicamento no están cubiertos?

- Si la aseguradora deniega su reclamo basado en una exclusión de póliza, la aseguradora tiene que decirle qué provisión es la base de la denegación.
- Si la exclusión es para tratamiento de investigación o experimental, usted lo mismo califica para una revisión externa.
- Si tiene una póliza individual o de grupo pequeño, la ley federal le da el derecho a solicitarle a su aseguradora que cubra un medicamento que no aparece en el formulario del seguro. Revise la sección de apelaciones de la póliza para detalles.

¿Cuáles son los pasos en el proceso de revisión externa?

1. Trámites iniciales: Usted tiene cuatro meses desde la fecha en que recibe el aviso de denegación para solicitar una revisión externa. Su aseguradora le ofrecerá un formulario de solicitud para una revisión externa o usted puede obtener el formulario en la página del Departamento. Instrucciones para enviar las solicitudes a una revisión externa se encuentran en el formulario.

Asegúrese de completar todos los campos obligatorios y de firmar el formulario. Se requiere su firma.

- Si usted desea nombrar a un representante autorizado, incluyendo su proveedor de cuidado de la salud, la documentación de revisión externa contiene un formulario para que utilice.
- Si usted solicita una revisión externa acelerada o disputa la denegación de un tratamiento médico experimental o de investigación, hay páginas adicionales en la solicitud externa que su médico tiene que completar.

2. Determinación de elegibilidad: Una revisión preliminar determinará si la solicitud está completa y si la solicitud es elegible para una revisión externa.

3. Revisión independiente: Solicitudes completas y elegibles serán asignadas a una organización revisora independiente ("IRO", por sus siglas en inglés). IRO también considerará sus registros médicos, recomendación del doctor, póliza de seguro y otros datos médicos o clínicos.

4. Decisión: IRO ofrecerá una notificación por escrito para ratificar o revertir la denegación de reclamo de la aseguradora dentro de los 45 días después del recibimiento de su solicitud de revisión externa.

¿Qué sucede si necesito una decisión más rápida? La revisión externa acelerada toma menos de 72 horas y está disponible si:

- Su doctor puede certificar que usted necesita una revisión acelerada en situaciones urgentes, si la espera de 45 días pusiera en peligro su vida o su salud o si la espera de 45 días pusiera en peligro la habilidad de volver a obtener máxima funcionalidad; o
- Si usted está apelando a una decisión sobre hospitalización, disponibilidad de cuidado, hospitalización continua o servicio de cuidado de la salud por el cual ha recibido servicios de urgencia, pero no ha sido dado de alta.