

Cumpla con las fechas

Tiene tiempo para presentar su caso, pero debe hacerlo dentro las fechas establecidas:

- Cuando su plan le notifica que no cubrirá un servicio, usted tiene 180 días para apelar a la aseguradora.
- Después de obtener la decisión de su plan acerca de la apelación tendrá cuatro meses posteriores para solicitar un análisis externo.

Otros motivos de apelación

- **Incentivos por bienestar**
Algunos planes ofrecen recompensas (primas más bajas o costos compartidos, efectivo, regalos, etc.) a quienes logren ciertos objetivos de salud, como la pérdida de peso o un buen nivel de presión sanguínea. Si no puede cumplir con los objetivos de su plan debido a su enfermedad y su plan no le suministró un objetivo alternativo razonable, puede apelar mediante el proceso descrito en este folleto



- **Encenario adecuado de atención**
Un plan que cubre cuidados a largo plazo puede tomar decisiones sobre dónde pagará los cuidados. Por ejemplo, ¿cubrirá los cuidados en el hospital, en un hogar para personas de la tercera edad, o en su vivienda? Si no está de acuerdo con que ese sea el mejor lugar para usted, puede apelar siguiendo el procedimiento descrito en este folleto.
- **Exclusión de condición preexistente**
Algunos planes no cubren el tratamiento relacionado con una enfermedad que el adulto tenía antes de unirse al plan. (Los planes no pueden excluir las enfermedades preexistentes en niños. A partir del 2014, los planes no podrán excluir la cobertura de enfermedades preexistentes en adultos). Si no está de acuerdo acerca de si tenía la enfermedad antes de su afiliación al plan, puede apelar siguiendo el proceso descrito en este folleto.
- **Rescisiones de cobertura**
Asegúrese de responder con honestidad a todas las preguntas en la aplicación de seguro de salud. Los planes pueden revocar la cobertura al momento del comienzo de la póliza si consideran que usted mintió deliberadamente en su aplicación. Si cree que ha completado la aplicación lo mejor posible, puede apelar a su plan de seguro médico. En estos casos, si aún no logra resolver el asunto, puede apelar al Departamento de Seguros, Valores y Banca (DISB, por sus siglas en inglés) de DC.

¿Suena complicado?

No se preocupe.

¡La Oficina del Ombudsman de Atención Médica y Declaración de Derechos lo ayudará!

Oficina del Ombudsman de Atención Médica y Declaración de Derechos
One Judiciary Square
441 4th Street, N.W.
Suite 250 North
Washington, DC 20001
Oficina: 202-724-7491
Número gratuito: 1-877-685-6391
Correo electrónico:
healthcareombudsman@dc.gov
www.healthcareombudsman.dc.gov

Miembro: Asociación Internacional de Ombudsman



Cobertura de salud en DC:

Apelación de las decisiones acerca del seguro médico



Oficina del Ombudsman de Atención Médica y Declaración de Derechos

Si recibió una negación de servicio y no está de acuerdo con la decisión de su plan de seguro médico, puede apelar. También puede apelar otros tipos de decisiones del plan de seguro médico, como las que aparecen en la parte posterior de este folleto. La Oficina del Ombudsman de Atención Médica y Declaración de Derechos se encuentra disponible para ayudarlo a cada paso del proceso.

Dónde apelar

Llame al encargado de su plan de seguro médico para recibir más información acerca de la decisión antes de comenzar el proceso de apelación. En la mayoría de los casos, apelará primero al plan de seguro médico. En situaciones de emergencia, donde esperar la decisión de la apelación del plan podría poner en peligro su salud física o mental, puede acudir directamente a un analista externo.

■ **Apelación con su compañía aseguradora (apelación interna)**

Para analizar su reclamo, el plan de seguro médico seleccionará profesionales de atención médica que revisarán su reclamo y que no hayan formado parte de la decisión original.

■ **Apelación con una organización de análisis independiente (análisis externo)**

Si no está satisfecho con el resultado de una apelación interna, si es una urgencia o emergencia, o si su plan no sigue el proceso y las fechas límite adecuadas para una apelación interna, usted puede apelar a un analista independiente que no forme parte de su plan de seguro médico. Comuníquese con la Oficina del Ombudsman de Atención Médica y Declaración de Derechos y le asignarán su caso a una organización de competente e independiente análisis que usaron expertos profesionales de atención médica para analizar su caso.

Preparación de su caso

Para preparar su caso, necesitará reunir información y materiales de su plan y su proveedor de salud o doctor. La Oficina del Ombudsman de Atención Médica y Declaración de Derechos puede ayudarlo a cada paso del proceso. Deberá hacer lo siguiente:

■ **Brinde autorización**

Deberá autorizar a los analistas a que obtengan acceso a la información pertinente de su plan de seguro médico y a los profesionales médicos a que compartan evidencia importante, como por ejemplo archivos médicos. Si desea obtener ayuda del Ombudsman de Atención Médica y/u otro defensores, autorízalos para solicitar información en su nombre y para ayudarlo. Puede obtener los formularios de autorización de la Oficina del Ombudsman de Atención Médica.



■ **Comprenda la explicación del plan**

Probablemente recibió una notificación de su aseguradora que explica lo que cubre y no cubre el plan y una explicación muy general. Si solicita más detalles sobre la negativa, el plan debe enviarle toda la información que posee sobre el diagnóstico, el servicio requerido, el motivo de la negación y los documentos que recibió acerca de su caso. Sugerimos que obtenga las respuestas a las siguientes preguntas:

- ¿Cuál es diagnóstico que su plan determina?
- ¿Su plan tiene la información correcta acerca de todos sus diagnósticos?
- ¿Qué servicio fue negado?
- Si el plan sigue pautas que indican que solo pagarán por el servicio en ciertas circunstancias, ¿cuentan con la información correcta acerca de si las suyas corresponden con las circunstancias requeridas?
- ¿Qué documentos recibió su analista acerca de su caso?

■ **más acerca de las pautas de su plan**

Cuando usted así lo solicite, el plan debe proporcionarle sus reglamentos internos o pautas acerca de cuándo cubre, o no, un tratamiento en particular. El Ombudsman de Atención Médica y los profesionales de salud pueden ayudarlo a analizar dichas pautas.

■ **Reúna evidencia de sus proveedores médicos**

Las cartas de sus proveedores médicos deben indicar específicamente por qué su tratamiento concuerda con las pautas del plan y debe ser reembolsada o por qué las pautas del plan para el tratamiento de su enfermedad son erróneas o obsoletas. Los registros médicos, como por ejemplo notas de progreso, análisis de laboratorio, radiografías y otras pruebas, deben respaldar su caso.

■ **Averigüe sobre las últimas investigaciones médicas**

El Ombudsman de Atención Médica, las sociedades de patologías y sus proveedores médicos pueden ayudarlo a encontrar las últimas investigaciones sobre el tratamiento de su enfermedad.



Visite una biblioteca en línea de artículos de revistas médicas en www.pubmed.gov.