

Ejemplo de una carta para solicitar una apelación interna

Reemplazase con su información donde aparecen las palabras en cursiva.

Su nombre
Su dirección

Fecha

Dirección del Departamento de Apelación de los Planes Médicos Re:

Nombre de la persona asegurada
Número de identificación del plan:
Número de reclamación:

A quien corresponda:

Me dirijo a usted para solicitar una revisión de la denegación de la reclamación por el tratamiento o los servicios prestados por *nombre del proveedor* el *fecha en que se prestaron*.

La razón por la que se denegó fue descrita como (*razón descrita por la que se denegó*), pero he revisado mi póliza y creo que el *servicio* debería estar cubierto. *Aquí es donde puede proporcionar más información detallada sobre la situación. Escriba oraciones cortas y objetivas. No incluya palabras de tono emocional. Si incluye algún documento, agregue en este espacio una lista de lo que está enviando.*

Si necesita información adicional, me pueden contactar al *número de teléfono* o *dirección de correo electrónico*. Quedo a la espera de recibir su respuesta lo antes posible. Atentamente.

Firma

Nombre en letra de imprenta
Número de teléfono
Dirección de correo electrónico

La Administración de Seguros de Maryland (MIA, por las siglas en inglés) es la agencia estatal que regula la actividad de los seguros en el estado de Maryland. Si tiene alguna pregunta sobre el seguro o si experimenta algún problema, no dude en comunicarse con la MIA al 800-492-6116 o visite nuestra página web en www.insurance.maryland.gov.

Esta guía para el consumidor debe utilizarse solo con fines educativos. No tiene la intención de proporcionar asesoramiento ni opiniones jurídicos sobre la cobertura de una póliza o contrato específicos. Tampoco debe interpretarse como una recomendación de un producto, servicio, persona u organización que se menciona en esta guía.

Esta publicación fue elaborada por la Administración de Seguros de Maryland (MIA) para proporcionar a los consumidores información general sobre los temas relacionados con los seguros o sobre los programas y servicios estatales. Esta publicación puede contener material protegido por derechos de autor, el cual se utilizó con el permiso del propietario. La presente publicación no autoriza ningún uso o apropiación de dicho material protegido por derechos de autor sin el consentimiento del propietario.

Todas las publicaciones publicadas por la MIA se encuentran disponibles sin cargo en la página web de la MIA o a solicitud. Se puede reproducir esta publicación en su totalidad sin un permiso adicional por parte de la MIA siempre que no se alteren ni se enmienden el texto ni el formato y que no se cobre ningún cargo por su publicación o duplicación. El nombre y la información de contacto de la MIA deben permanecer claramente visibles y no puede aparecer en ninguna parte de la reproducción ningún otro nombre, incluido el de la compañía o agente que reproduce la publicación. Las reproducciones parciales no están permitidas sin el consentimiento previo por escrito de la MIA.

Las personas con discapacidades pueden solicitar este documento en un formato alternativo. Se deben presentar las solicitudes por escrito al director de comunicaciones a la dirección que aparece a continuación.



Maryland

INSURANCE ADMINISTRATION

200 St. Paul Place, Suite 2700
Baltimore, MD 21202
410-468-2000 • 800-492-6116
800-735-2258 TTY
www.insurance.maryland.gov

www.facebook.com/MdInsuranceAdmin
www.twitter.com/MD_Insurance
www.instagram.com/marylandinsuranceadmin

FACTURAS DE LA ATENCIÓN MÉDICA:

CÓMO APELAR UNA RECLAMACIÓN DENEGADA



Maryland

INSURANCE ADMINISTRATION

Cuando recibe asistencia médica, usted o el proveedor (el médico, hospital, terapeuta, etc.) debe presentar una reclamación ante la compañía de seguro médico. Con frecuencia, el proveedor presenta la reclamación.

La mayoría de las veces, la compañía de seguro paga la reclamación. Pero, a veces, la compañía de seguro rechaza el pago de parte o la totalidad de la reclamación para los servicios que usted cree que deberían haberse cubierto. Tiene derecho a apelar esa decisión.

Existen dos tipos de apelaciones: **una apelación interna** y **una revisión externa**.

Estos son los pasos que puede seguir si la compañía de seguro niega una reclamación

Presente una apelación interna

Se presenta una apelación interna para solicitar a la compañía de seguro que revise la decisión sobre la denegación de una reclamación. Tiene hasta seis meses (180 días) luego de que se entera de que se denegó una reclamación para presentar una apelación interna.

- Para conocer cómo presentar una apelación interna, lea la denegación de la reclamación o llame al número de servicio de atención al consumidor que aparece en la tarjeta/los documentos del seguro.
- Usualmente, es necesario que escriba una carta para una apelación interna. Asegúrese de incluir en la carta su nombre, número de reclamación y el número de identificación del seguro médico y cualquier otra información que tenga para respaldar su reclamación. (Consulte el dorso para ver un ejemplo de una carta).

Si la compañía de seguro denegó una reclamación por una razón médica, necesitará la ayuda del proveedor de atención médica para presentar una apelación. Solicítele al proveedor que escriba una letra en la que se explique por qué la atención era médicamente necesaria. Envíe la carta junto con la apelación.

Luego de que reciba la apelación, la compañía de seguro tiene un plazo establecido para revisarla y tomar una decisión. Si la denegación fue porque la compañía de seguro dice que la atención no es médicamente necesaria, la compañía de seguro tiene 30 días laborales para tomar una decisión si todavía no se proporcionó la atención médica, y 45 días laborales para tomar una decisión si ya se proporcionó la atención médica. Si la compañía de seguro denegó la reclamación por otras razones, tiene 60 días laborales para adoptar una decisión. Si un retraso para recibir la atención médica pondría en peligro su vida, salud o capacidad para desenvolverse, puede solicitar que la apelación se revise rápidamente (“de manera urgente”).

Y si la compañía de seguro sigue diciendo “No”...

Presente una revisión externa

Si la compañía de Seguro todavía deniega la reclamación luego de una apelación interna, puede solicitar una revisión externa. Una organización de revisiones independientes llevará a cabo la revisión externa. Es posible que tenga un plazo limitado para solicitar una revisión externa luego de recibir la decisión de la apelación interna.

- Debería encontrar información sobre cómo solicitar una revisión externa en el aviso de la apelación interna.
- La Administración de Seguros de Maryland está a cargo del proceso de revisión externa para muchos planes médicos emitidos en Maryland. Es posible que pueda comenzar con el proceso enviando un reclamo.
- Puede presentar información que no incluyó en la apelación interna para respaldar su posición.

- El revisor externo tiene un plazo limitado para tomar una decisión.
- El revisor externo les entregará a usted y a la compañía de seguro un aviso por escrito de la decisión.
- La compañía de Seguro debe pagar la reclamación si el revisor externo decide que debería hacerlo.

Para tener en cuenta

Medicare y Medicaid

Si está inscrito en Medicare o Medicaid, existen normas diferentes para las apelaciones.

- Para Medicare, llame al 1-800-MEDICARE para solicitar información sobre la ayuda gratuita para apelar una decisión.
- Para Medicaid, comuníquese con HealthChoice, Programa de Atención Médica Administrada de Medicaid de Maryland, al 1-800-284-4510 para obtener ayuda.

Lleve un registro

Lleve un registro detallado, incluidas las facturas del proveedor, los avisos de la compañía de seguro, las copias de las cartas de denegación, las solicitudes de apelaciones y la información médica relacionada con su caso.

Tome notas detalladas y conozca las fechas límites para las respuestas

Tome notas sobre las fechas/horarios de todas las llamadas y demás formas de comunicación, los nombres de las personas con las que habló y los detalles de todas las conversaciones. Pregunte y tome nota de todas las fechas límites establecidas para las respuestas previstas o la información de la compañía de seguro.