GUÍA DE PASOS A SEGUIR

Denegaciones de cobertura atractivas

- En algún momento, **su compañía de seguro médico puede negarse a pagar su atención médica o medicamentos recetados**, lo que se denomina **denegación de cobertura**.
- Esto podría suceder antes o después de recibir su atención médica o un medicamento recetado.
- Si no está de acuerdo con la decisión de su compañía de seguros, **puede apelarla,** y aquellos que lo hagan **pueden ganar su apelación hasta el 60 % del tiempo y obtener cobertura para su atención.**
- **Esta guía le ayudará a entender cómo apelar una denegación de cobertura.**

Descripción general del proceso de apelación

Por lo general, el proceso de apelaciones consta de tres fases:

- **Fase 1, denegación de cobertura:** Las compañías de seguros deben informarle por qué han rechazado su reclamación y cómo puede apelar sus decisiones.
- **Fase 2, apelación interna ante su compañía de seguro médico**: Tenga en cuenta que puede haber múltiples niveles de apelaciones internas para algunos planes. Esto puede incluir una revisión por pares en la que el plan se comunicará con un médico que no esté involucrado en su atención para que revise la reclamación.
- **Fase 3, apelación externa:** Si su compañía de seguro médico rechaza su apelación interna, puede solicitar una apelación externa ante una organización de revisión independiente. Esta opción está disponible para los planes de seguros médicos individuales y patrocinados por el empleador.

El proceso de apelaciones dependerá de su compañía de seguro médico, por lo que debe comunicarse con esta para obtener información adicional o consultar su carta de denegación para obtener instrucciones sobre cómo presentar una apelación.

Plazos de presentación de apelaciones internas

Según el tipo de apelación, ya sea en relación con una autorización previa o una apelación posterior al tratamiento, existen plazos para la presentación de una apelación interna:

Tipo de apelación	Motivo de la apelación	Cuándo presentar la apelación	Plazo para que la compañía de seguros tome una decisión*
Apelación de autorización previa	La denegación impidió que el paciente recibiera atención.	En un plazo de 180 días	En un plazo de 30 días desde la apelación inicial
Apelación posterior al tratamiento	Denegación del pago de la atención recibida. El paciente es 100 % responsable de cualquier cargo.	En un plazo de 180 días	Dentro de los 60 días posteriores a la apelación
Atención urgente (o apelación acelerada)	Si se retrasara el tratamiento, su vida/salud general estaría en grave peligro, su capacidad para recuperarse al máximo se vería afectada o sufriría un dolor intenso e intolerable	En un plazo de 180 días Pero si es urgente, puede solicitar una revisión externa al mismo tiempo que la revisión interna	En un plazo de 72 horas desde la recepción de la apelación

En la página siguiente, le brindaremos consejos prácticos para presentar una apelación con éxito.

MyHealthcareFinances TRIAGE CANCER Pfizer

La información de este sitio está destinada únicamente a los residentes de EE. UU. y se proporciona únicamente con fines educativos. La información que se proporciona aquí (legal, salud, normativa, seguros o financiera) no es exhaustiva y no pretende proporcionar orientación individual ni sustituir conversaciones con un profesional sanitario, abogado u otros expertos. Todas las decisiones deben tomarse con sus asesores, teniendo en cuenta su situación particular. © Triage Cancer & Pfizer Inc. 2022

Denegaciones de cobertura atractivas

Pasos a seguir

Comprenda el motivo de la denegación

Hay muchos motivos por los que su compañía de seguro médico puede denegar la cobertura de su atención médica, como los siguientes:

- **Errores**: Puede haber errores en sus datos de facturación o en la forma en que su médico presente una reclamación ante su seguro.
- **Autorización previa**: Las compañías de seguros pueden denegar la cobertura si usted no obtuvo una autorización previa.
- **Servicio no cubierto:** El servicio que recibió no está incluido en su plan de seguro.

Comprenda el proceso de apelaciones de su plan

- Su **compañía de seguro médico puede tener su propio proceso interno de apelaciones.** Comuníquese con esta para obtener información adicional o consulte su carta de denegación para obtener instrucciones sobre cómo presentar una apelación.
- Obtenga una copia de su archivo de la compañía de seguros y solicite que le envíen por escrito cualquier decisión que tomen.

Trabaje con su equipo de atención médica

- Su equipo de atención médica puede brindarle apoyo de muchas maneras a través del proceso de apelaciones, **¡incluso puede presentar la apelación por usted!**
- Si usted presenta la apelación, **obtenga una carta de apoyo de su equipo de atención médica en la que se incluyan los motivos por los cuales es médicamente necesario que obtenga la atención que le han proporcionado.**

Recopile información

- Incluya toda la información que solicite la compañía de seguros.
- Por ejemplo, el nombre y el número de identificación del miembro, el nombre del proveedor de atención médica que proporcionará o ha proporcionado la atención, las fechas de servicio, el número de referencia de la reclamación relacionada con la decisión específica que se apela y el motivo específico por el que se debe cubrir la atención.

Manténgase organizado y preste atención a los plazos

- **Mantenerse organizado y mantener un registro de los plazos es importante para el proceso de apelaciones**. Al comunicarse con su compañía de seguros, debe mantener un registro de lo siguiente, entre otras cosas:
  - ❑ Fechas y métodos de contacto (teléfono, correo electrónico, etc.).
  - ❑ Nombres de las personas con las que se comunique.
  - ❑ Resúmenes de sus conversaciones (tome notas).
  - ❑ Cualquier documento que envíe o reciba (guarde copias).

Sea paciente y persistente

- Es posible que deba presentar apelaciones en varios niveles antes de que se apruebe su atención.
- Valdrá la pena seguir ese proceso y continuar recibiendo apoyo de su equipo de atención médica.

Para obtener información adicional sobre las apelaciones y el proceso de apelaciones, visite **el módulo de Triage Cancer** sobre **apelaciones de seguros de salud**: https://TriageCancer.org/cancer-finances-appeals (en Inglés)

MyHealthcareFinances

TRIAGE CANCER

Pfizer

La información de este sitio está destinada únicamente a los residentes de EE. UU. y se proporciona únicamente con fines educativos. La información que se proporciona aquí (legal, salud, normativa, seguros o financiera) no es exhaustiva y no pretende proporcionar orientación individual ni sustituir conversaciones con un profesional sanitario, abogado u otros expertos. Todas las decisiones deben tomarse con sus asesores, teniendo en cuenta su situación particular. © Triage Cancer & Pfizer Inc. 2022