

Obstáculos Comunes Para Cuidado

Consejos para prevenir y afrontar los obstáculos más comunes en relación con los seguros

Adentro podrá encontrar consejos para hablar acerca de los costos de salud y el proceso de apelación.

El Doctor Que Necesito No Participa Con Mi Seguro

Si necesita atención que no está disponible dentro de la red de proveedores, comuníquese con su plan de seguro para aprender cuáles son sus opciones y cómo solicitar la aprobación previa antes de ver a un proveedor fuera de la red de su seguro.

Usted tiene que demostrar que no hay proveedores dentro de la red de participantes capaces de brindar la atención especializada que necesita. Pregunte al proveedor que le calcule la cantidad de la que usted sería responsable si recibe atención fuera de los participantes del plan.

Seleccionar e inscribirse en un plan de seguro integral elimina el obstáculo de acceso de cuidado cuando no tiene seguro. Sin embargo, todavía hay muchas barreras potenciales que usted puede enfrentar cuando va a utilizar sus beneficios del plan.

Barreras Relacionadas a Los Medicamentos

Navegando la Lista de Medicamentos del Plan y Formulario de Drogas

Los medicamentos pueden ser un gran obstáculo financiera para los pacientes, especialmente los medicamentos para tratar las enfermedades crónicas o potencialmente mortales. Para protegerse, cuando se receta un medicamento, compare el medicamento al formulario de medicamentos de su plan de seguro para asegurarse de que el medicamento está en la lista aprobada cubierta. Sea consciente de los costos que deben pagar para obtener su medicamento.

En caso que su medicamento no está cubierto en el formulario del plan:

- Hable con su médico si hay un medicamento diferente que está aprobado en el formulario que puedan usar.

- Considere la posibilidad de cambiar a la versión genérica del medicamento, si es posible.
- Formalmente, solicite una excepción a la lista del formulario. Su solicitud será procesada en conjunto con el proveedor de receta y debe incluir documentación para apoyar la razón porque necesita tomar un medicamento fuera del formulario para tratar su condición. Si su solicitud de excepción no es aprobada, usted será responsable de pagar el costo total.
- Busque programas de copagos, de asistencia de caridad o de ayuda financiera del fabricante farmacéutico para ayudar a pagar los medicamentos.

Es posible que tenga que probar otros medicamentos de la misma clase antes de que pueda ser aprobado para un medicamento de marca, también conocida como terapia escalonada.



Acceso a Cuidado “Nuevo” o “Experimental”

Los ensayos clínicos ofrecen opciones adicionales de tratamiento más allá de la norma actual de atención

Cuando se inscribe en un ensayo clínico, el promotor del ensayo es responsable para los servicios o medicamentos directamente relacionados con estudio, o lo que no se consideran los cuidados de rutina para su protocolo de tratamiento. Esto puede servir de una vía para acceder a los medicamentos, las pruebas o la atención exterior no disponibles en un ensayo clínico, que no pudiera haber pagado de otra manera o que no habría sido cubierto en su formulario del plan.

A partir de 2014, las compañías de seguros ya no pueden negar o limitar la cobertura de los costos de rutina de los pacientes para artículos o servicios en relación con los estudios clínicos aprobados para la prevención, detección o tratamiento del cáncer o de otras enfermedades que amenazan la vida.

Los costos de rutina se definen como los servicios médicos que normalmente estarían cubiertos por su plan para los pacientes en tratamiento activo con el mismo diagnóstico. Los ejemplos incluyen el seguimiento de las visitas al médico, exámenes de radiología o los laboratorios por proveedores de la red que usted hubiera recibido si no hubiera participado en el estudio clínico.

Usted tendrá que pedir un listado detallado de los datos del experimento clínico, incluyendo los servicios cubiertos del experimento y servicios no cubiertos, para tomar una decisión informada sobre su participación. Esto le asegurará de que está consciente de sus responsabilidades.

Abandonar su Cobertura

Problemas con los pagos de las primas

Si no realiza un pago, su aseguradora tiene el derecho de negar sus reclamos o cancelar su póliza. Considere la posibilidad de arreglar de un plan de pago automático para asegurar el pago a tiempo y un registro de pago de sus primas.

Si está inscrito en un plan del mercado y no puede pagar las primas, contáctese con el mercado para ver si usted califica para la ayuda adicional. Si usted tiene problemas para mantenerse al día con sus primas, busque programas de caridad o sin fines de lucro que ofrecen ayuda financiera con primas.

El pagar un bance adeudado no necesariamente restablecerá su póliza.

Preparando por los Costos

Como un buen consumidor, es importante familiarizarse con el costo compartido y los montos de costo de su bolsillo descritos en su formulario de plan para cada tipo de servicios médicos incluyendo el cuidado de rutina, atención especializada, atención de emergencia y los medicamentos recetados. Esto significa que usted necesita revisar el formulario de póliza en su plan en la descripción resumida para saber cuánto puede llegar a pagar por su cuidado.

Idealmente, los consumidores deben planificar un presupuesto anual o cuenta de ahorro que permita sus pagos hasta el deducible anual y el costo de su bolsillo máximo asociado a su plan. Incluso cuando esto no es posible, mantenerse al tanto de su responsabilidad financiera es importante para que pueda ser proactivo en la búsqueda de ayuda.



Discutiendo los Desafíos Financieros

Las cuentas médicas y gastos de su propio bolsillo pueden sumarse rápidamente. Si usted tiene una cuenta que usted no puede pagar, tómese el tiempo para hablar con el representante de facturación o el consejero financiero de la oficina del proveedor. Estas personas son una gran fuente de información sobre la elegibilidad para los planes de pago convenientes, descuentos por pagar costo total, u otra asistencia financiera dada por ese proveedor.

Consejos para cómo hablar sobre sus costos

- Inicie la conversación sin asumir que su proveedor será voluntario en cuanto la información sobre los costos.
- Asegúrese de investigar sus opciones para todas las instalaciones, proveedores de servicios médicos y servicios médicos facturados, ya que cada uno pueden tener programas separados en su lugar.
- Sea cortés y respetuoso, pero también

persistente. Llame para dar seguimiento según sea necesario.

- Tome notas y documente la conversación y sus opciones. Utilice una grabadora si es necesario.
- No ignore las facturas médicas. Si usted necesita ayuda, busque la información en el reverso de la factura con consejos cómo solicitar asistencia.
- Trate de negociar un acuerdo de pago que sea accesible para su bolsillo, no acceda con algo que no puede mantener simplemente para evitar ser enviado a las colecciones ya que solo le causaran más problemas.
- Busque formas alternativas de financiamiento de las organizaciones sin fines de lucro y de caridad para ayudar a compensar los costos y le dará una mejor oportunidad de hacer los pagos negociados. La ayuda está disponible en áreas como vivienda, servicios públicos, medicamentos, alimentos, necesidades de transporte, cuidado de niños durante el tratamiento, y más.



Directorio Nacional de Recursos Seguro Insuficiente
www.patientadvocate.org/underinsured

Encuentra el recurso que necesita rápidamente buscando a través de cualquiera de las 35 categorías diferentes de asistencia. Búsquedas ilimitadas. También está disponible a través de la aplicación gratuita de teléfono móvil, My Resource Search.

Por Dónde Empezar Si El Seguro Ha Denegado Su Servicio Y No Va A Pagar



Si su plan de seguro se niega a aprobar o pagar por un reclamo médico, incluidas las pruebas, de procedimientos o cuidados específicos ordenados por su médico, usted tiene el derecho garantizado de apelar. Estos derechos se ampliaron como consecuencia de la Ley de Cuidado de Salud Accesible.

Revise su carta de rechazo con cuidado ya que subraya sus próximos pasos para apelar la decisión.

Su aseguradora le debe proporcionar a usted por escrito:

- Información sobre su derecho a presentar una apelación
- La razón específica porque su solicitud de reclamación o cobertura fue denegada
- Las instrucciones detalladas sobre los requisitos de presentación
- Plazos Principales para presentar su apelación
- La disponibilidad de algunos programas de asistencia para los consumidores en algunos estados

Razones porque su asegurador puede negar el pago o no aprobar una solicitud:

- Los servicios no se consideran médicamente necesario
- Servicios ya no son apropiados en un entorno médico específico o nivel de atención
- La eficacia del tratamiento médico no se ha demostrado
- Usted no es elegible para el beneficio solicitado por su plan de salud
- Los servicios se consideran experimentales o de investigación para su condición
- El reclamo no fue presentado de manera oportuna

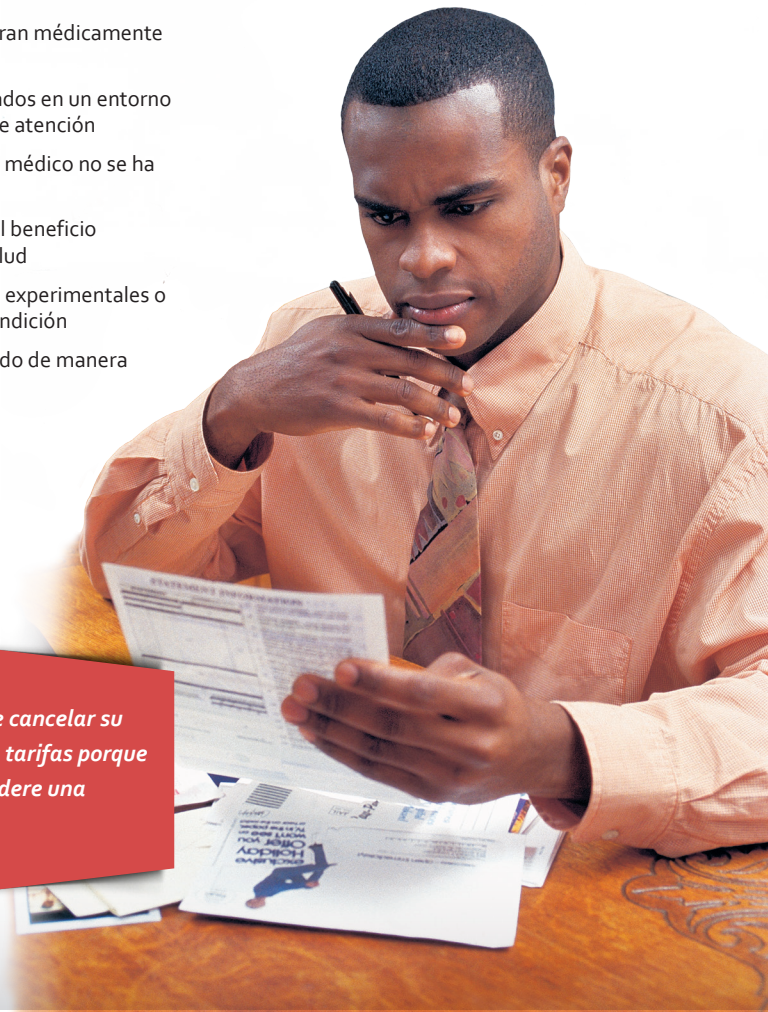
Es importante recordar, que la autorización previa no garantiza el pago del reclamo.

Hay varios niveles de apelación. Incluso si se le niega la primera apelación, tiene niveles adicionales de apelaciones que se describen en los documentos de negación.

Si usted tiene facturas médicas pendientes sobre los servicios que ya se han completado, hable con sus proveedores para que sus cuentas no sean enviadas a las colecciones, mientras que el proceso de apelación se lleva a cabo.

Piense en la apelación como una disputa de contrato sobre la interpretación de los detalles de la cobertura de su plan. Su formulario de plan de salud define su contrato.

Su plan de salud no puede cancelar su cobertura o aumentar sus tarifas porque usted les pide que reconsidere una denegación.



El Seguro No Puede Procesar Su Reclamo

Los errores que pueden retrasar el proceso de reclamaciones

A veces, su reclamo médico no puede ser procesado en el momento de la presentación, que es diferente a una negación completa. En este caso, la aseguradora puede identificar una razón por la que la reclamación no se puede procesar e incluir instrucciones sobre cómo volver a presentarla.

- ✓ Los códigos de diagnóstico y / o procedimientos faltan o están incorrectos
- ✓ La información en la reclamación es inexacta e incompleta
- ✓ Falta de documentación médica que muestre la necesidad de servicio

Razones citadas pueden incluir:

- ✓ Información del seguro con la reclamación fue incompleta
- ✓ La falta de certificación previa o autorización previa es requerida

Durante el proceso de tratar con una nueva presentación o realización de trámites de reclamación, tome notas detalladas de con quien hable y que medidas serán tomadas. Dele seguimiento durante todo el proceso para asegurarse de la terminación y que su reclamación se pagará sin demora alguna.



Inicio del Proceso de Apelación

Como miembro del plan, usted tiene el derecho a la versión completa de la póliza médica del plan o una copia de la información utilizada para tomar la decisión de denegación. Usted debe solicitar esta documentación para su archivo.

Su mejor documentación y soporte probatorio para su apelación vendrán de su formulario del plan. Lo más probable es que esta información este dentro de las definiciones del plan para los beneficios cubiertos, beneficios no cubiertos y exclusiones.

Al prepararse para su apelación, busque apoyo adicional de su proveedor de servicios médicos, incluyendo una declaración de necesidad médica, la documentación de los tratamientos anteriores, y la razón porque se ordenó el tratamiento se ha denegado.

Usted puede ser capaz de apelar con éxito si usted y su proveedor pueden demostrar que el tratamiento que usted requiere se considera actualmente como el estándar de cuidado por los proveedores de servicios médicos el. **Estándar de cuidado** es un proceso de diagnóstico y tratamiento formal sigue un médico para un paciente con una enfermedad o un conjunto de síntomas específicos. También conocido como

"las mejores prácticas", la norma sigue las reglas y protocolos que se acuerden por los expertos en la materia.

Preguntas importantes incluyen:

- ¿Existen estudios clínicos o artículos de revistas arbitradas que apoyan el tratamiento?
- ¿Ha participado su médico en una revisión de igual a igual con el director médico de la compañía de seguros?
- ¿Cubre Medicare o cualquier otra compañía de seguros este tratamiento?

Si usted ha sido incapaz de recibir la atención debido a que su seguro lo ha negado como fuera del **estándar de cuidado**, pregunte a su médico si el tratamiento está disponible a través de un ensayo clínico que no va a retrasar aún más su acceso a la atención.



Reúna Los Detalles

Revise la carta de rechazo de los detalles específicos que usted necesita para el proceso de apelaciones. Si necesita más información, llame a su compañía de seguros directamente.

- 1 ¿Cuál es la razón específica de la negación?
- 2 ¿Puedo tener una copia del archivo que soporta la negación?
- 3 ¿Quiénes son las personas responsables de revisar la apelación?
- 4 ¿Cuáles son los plazos para presentar mi apelación?
- 5 ¿Cuál es el plazo para el plan de beneficios de salud para responder a la apelación?

Organizarse



Al comenzar el proceso de apelación, recoja sus documentos y guárdelos en un archivo organizado por fecha de recepción para que los documentos seav fáciles de entender. La organización de papeleo puede ser un elementos clave en su éxito.



Apelaciones Urgentes o Aceleradas

Apelaciones urgentes sólo se consideran en estas situaciones:

- Usted está recibiendo actualmente el tratamiento y su médico cree que un retraso en el tratamiento puede poner en peligro su vida o su salud, afectar su capacidad de recuperar funciones máximas o causarle dolor intenso y intolerable
- Su problema está relacionado con la admisión o permanencia continuada de pacientes hospitalizados y que aún no le han dado de alta

Usted o su representante puede solicitar una apelación acelerada verbalmente por llamar a la compañía de seguros directamente. En las apelaciones aceleradas, su aseguradora de salud debe tomar una decisión en un plazo de 4 días hábiles.

No se puede iniciar una apelación acelerada si:

- Usted ya recibió el tratamiento y no está de acuerdo con la negación
- Su situación se considera urgente por un médico con conocimiento de su condición médica, o el director médico de su plan de seguro

Elementos Para Incluir En Su Carta De Apelación

Uno de los elementos más importantes de su paquete de apelación es una carta detallando su contra-argumento de manera clara de que se dirige a la razón original para la negación y citando los términos de su póliza. La carta puede ser escrita por usted, un médico o un abogado en su nombre.

Elementos de la Carta

- ⊕ Nombre del paciente, número de póliza y nombre del asegurado
- ⊕ Información de contacto precisa para el paciente y el asegurado
- ⊕ Fecha de la carta de denegación, detalles sobre lo que se le negó y la razón citada para la negación
- ⊕ Doctor o nombre del proveedor de servicios médicos e información de contacto
- ⊕ Su caso detallado de por qué el plan debe cubrir el reclamo
 - Declare el por qué necesita el servicio médico prescrito y por qué cree que su póliza de seguro cubre el tratamiento o servicio. Cite al lenguaje del plan donde sea posible.
 - Pregunte a su proveedor de servicios médicos para preparar una carta de necesidad médica para explicar los tratamientos previos y la razón que el tratamiento en cuestión se le ordenó y es necesario para su situación.

- Proporcione yrefiera a artículos de revistas o guías de tratamiento de los grupos reconocidos o instituciones, que demuestran los beneficios y el éxito del tratamiento.
- Cualquier otra cosa que apoye su solicitud, incluyendo copias de autorizaciones previas y segundas opiniones.

Envío de su Presentación

- ⊕ Siga la presentación. Si manda su presentación por fax, mantenga la confirmación de la transmisión exitosa. Si presentada por correo, enviar la carta por correo certificado a la solicitud de un acuse de recibo.
- ⊕ Guarde una copia de la carta, todos los materiales presentados, el recibo de entrega o sumisión y su registro de toda la correspondencia antes y después de su presentación de apelación en un lugar seguro y organizado.
- ⊕ Usted debe recibir una notificación oficial a los 7-10 días de que su apelación ha sido recibido. Si usted no recibe una confirmación, comuníquese con su representante de la compañía de seguros para asegurarse de que su apelación ha sido recibida y está registrado en el sistema.

Su aseguradora debe responder a una acelerada solicitud dentro de 24 a 72 horas. El plan puede entregar la decisión verbalmente, sino una decisión verbal debe ser seguido con la documentación por escrito dentro de las siguientes 72 horas.





Sus Derechos en una Revisión Externa



Si usted no está satisfecho con la respuesta final del plan de seguro, solicite una revisión externa. Esto es cuando un partido independiente revisa la decisión del plan de salud, y mantiene la decisión de la compañía de seguros o decide en favor del consumidor revocando toda o parte de la decisión del plan de salud.

Las compañías de seguros en todos los estados están obligadas a participar en un proceso de revisión externa que cumpla con las normas mínimas de protección del consumidor como se indica en la Ley de Cuidado de Salud Asequible. Las solicitudes de revisión externa sólo se pueden hacer para las denegaciones relacionadas con los servicios cubiertos y no pueden ser considerados para los servicios identificados en las exclusiones de su plan o elementos no cubiertos. Lee el idioma de su plan y la carta de rechazo en respecto del proceso y los plazos para la revisión externa al considerar esta vía.

Escenarios Especiales con Planes Autofinanciados

Si su plan de salud es patrocinado por su empleador, ellos pueden “financiar de forma independiente” sus beneficios de seguro de salud para los empleados. Esto significa que el empleador mantiene influencia en las decisiones finales sobre el pago de las reclamaciones médicas y decisiones de salud relacionados con el lenguaje del plan. Aunque la compañía ha contratado a una organización de terceros para administrar y operar el plan, su empleador mantiene la autoridad para tomar decisiones en cuanto a su aseguradora.

Ud debe de Comunicarse con su Departamento de Recursos Humanos a través del proceso de apelación por si acaso no tenga éxito. Una vez que agota las opciones de apelación internos y externos, es posible que considere hacer una apelación compasiva directamente a los altos ejecutivos de su empresa. Su empleador tiene autoridad para anular las negativas en circunstancias especiales.

