

Project HEAL

Cómo Navegar los Seguros Médicos

Contenido

1. Glosario de seguros médicos
 2. Navegando sus prestaciones -preguntas frecuentes
 3. ¿Cómo sé que cubre mi seguro médico?
 4. Ley de cuidado de salud asequible (*ACA en inglés*) y el Mercado de seguros médicos
 5. Niveles de atención para trastornos alimenticios
 6. Acuerdos de caso único (*SCA en inglés*)
 7. Apelación para denegaciones de seguros
 8. Apoyo Legal
-

Puede conectarse con insurance@theprojectheal.org si usted o algún cercano tiene una pregunta sobre los seguros médicos; o si están buscando apoyo relacionado al seguro médico para trastornos alimenticios.

Para aplicar por apoyo relacionado con acceso a tratamiento adicional, por favor visite: www.theprojectheal.org/apply-for-support

GLOSARIO DE SEGUROS MÉDICOS

Terminología a reconocer

Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA en inglés): la ley de la reforma de los servicios de atención de la salud finalizada en marzo del 2010, que permitió a las personas adquirir individualmente su propio seguro médico, independientemente de las condiciones preexistentes que tuvieran.

Monto Permitido: la tarifa negociada que su compañía de seguros y su proveedor han acordado para un servicio en particular cuando se completa dentro de su red de seguros. Sus copagos y coseguro se basarán en esta cantidad.

Límite Anual: la cantidad que pagará un plan de seguro en prestaciones totales durante un año. Una vez alcanzado este límite, la póliza no volverá a pagar hasta el próximo año. La Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio prohíbe límites anuales sobre las prestaciones de salud esenciales con la excepción de los planes con derechos adquiridos.

la Facturación del saldo: cuando un proveedor le cobra por la diferencia del monto del cargo del proveedor menos el monto permitido. Por ejemplo, si el cargo del proveedor es \$100 y el monto permitido es \$70, puede que el proveedor le cobre por los \$30 restantes. Puede que su proveedor preferido, (o proveedor dentro de la red), no le entregue una facturación del saldo por servicios cubiertos por este. La facturación del saldo típicamente ocurre cuando se trata de un proveedor externo (proveedor fuera de la red).

Prestaciones: los beneficios o servicios cubiertos dentro de un plan de seguro médico.

Copago: el monto que usted paga cuando recibe atención médica. El monto del copago está establecido por la compañía de seguros y no por el consultorio médico. Este monto puede ser un porcentaje o una tarifa fija. Por ejemplo, el monto que usted paga puede ser de \$30.000

Coaseguro: el monto que usted debe pagar después de alcanzar el deducible del plan. Por ejemplo, una tasa de coaseguro 80/20 significa que la compañía de seguros paga el 80% y el 20% restante es pagado por usted.

El coaseguro por lo general no comienza hasta que usted paga un monto igual al deducible.

Deducible: el monto que usted paga de su propio bolsillo para gastos médicos antes de que su plan pague por cualquiera de los servicios médicos recibidos. Por ejemplo, si su deducible es de \$1000, su plan no pagará la parte que le corresponde hasta que usted haya alcanzado el límite de \$1000. Las primas no cuentan para alcanzar su deducible.



Servicios Excluidos: servicios por los cuales su compañía de seguros médicos o su plan en específico no paga.

Plan de Organización Exclusiva de Proveedores (EPO en inglés): este plan es similar al plan HMO en que los miembros requieren usar los médicos de la red. Sin embargo, a diferencia del plan HMO, no es necesario contactar a un PCP (médico de atención primaria, por sus siglas en inglés) para referencias a un especialista

Explicación de Prestaciones (EOB en inglés): Una EOB se crea después de que su plan de atención médica haya procesado el pago de un reclamo. Explica las acciones tomadas en una reclamación, como el monto que se pagará, el beneficio disponible, los descuentos, las razones para denegar el pago y el proceso de apelación de reclamaciones. Las EOB están disponibles tanto en papel como en línea

Formulario o Lista de Medicamentos: una lista de los medicamentos recetados que cubre su plan de salud. Los medicamentos genéricos generalmente están cubiertos en un formulario, mientras que solo algunos nombres de marca no lo están.

Plan Flexible de Prestaciones: un programa de prestaciones que ofrece a los empleados la posibilidad de elegir entre dinero en efectivo, seguro de vida, vacaciones, planes de jubilación y cuidado de niños. Aunque generalmente existen algunos requisitos, los planes de prestaciones flexibles ofrecen una opción para las prestaciones restantes.

Seguro Médico: un contrato que requiere que su aseguradora de salud pague una parte (o la totalidad) de sus servicios de atención médica a cambio de una prima.

Mercado de Seguros Médicos: sitio web donde individuos, familias y negocios con sede en Estados Unidos pueden acceder para investigar, comparar y elegir cuál plan médico es el mejor para ellos.

Plan de Organización de Mantenimiento de Salud (HMO en inglés): En este plan su médico primario o PCP en inglés, es quien usted debe contactar primero. Si usted necesita asistencia fuera de lo que su PCP ofrece, él/ ella le referirá a otro proveedor.

Proveedor preferido o dentro de la red: un médico, proveedor de atención médica o centro de atención médica que tiene un contrato con su plan para brindar servicios a sus miembros a un costo menor para la compañía de seguros.

los Requisitos de 'Necesidad Médica': criterios que su seguro médico utiliza para calificar si los tratamientos o suministros de salud médica que le han sido recomendados por su proveedor son necesarios e apropiados. La atención médica será considerada como necesaria si ella pasa los criterios del seguro médico.



La red: el contrato entre su seguro médico y su proveedor.

Fuera de la red: un médico, proveedor de salud o centro de salud que no tenga contrato con su seguro médico. El uso de servicios médicos que no estén cubiertos por su seguro va a aumentar enormemente lo que deba pagar.

Límite de desembolso: cuando el tratamiento o servicio no es cubierto por su seguro médico, este es el monto que saldrá de su propio bolsillo. Algunos seguros médicos, por ejemplo, no cubren pruebas de laboratorio, rayos X o medicamentos.

Máximo de Gastos: el monto más alto que una persona deba pagar durante su periodo de cobertura. Esto incluye el monto que haya gastado dentro de su cantidad deducible, su coaseguro, y sus copagos. Tan pronto haya llegado al límite, la compañía de seguro le pagará 100% de los costos permitidos por todos las prestaciones cubiertos en su plan. El máximo de gastos es más alto que su deducible y no incluye costos de medicamento o servicios que estén enumerados dentro de las condiciones de su plan. Hoy día muchos planes tienen máximos de gastos apartados para medicamentos y médicos.

Plan de Punto de Servicio (POS en inglés): este tipo de plan permite que pague menos si consulta médicos o servicios dentro de la red.

Preautorización (aprobación previa): para cubrir el monto, un seguro médico puede requerir una aprobación previa para ciertos servicios, medicamentos, o suministros. La preautorización no es una garantía que el seguro médico cubra el costo del servicio, es simplemente un primer paso para los que necesitan servicios que aún no están dentro de la red del seguro médico.

Plan de Organizaciones de proveedores preferidos (PPO en inglés): Este plan le ofrece al paciente acceso a una red de proveedores preferidos, igualmente conocidos como médicos dentro de la red. Lo que significa que los médicos han sido aprobados por su seguro médico. Si consulta un proveedor dentro de su plan, los gastos a cargo de usted le serían menos, sin embargo, aun recibirá algún reembolso si consulta un médico que este fuera de su red. Este tipo de plan es típicamente más caro, pero abarca una red más grande de médicos, incluyendo especialistas.

Prima: la cantidad que paga mensualmente, trimestralmente o anualmente por su plan de seguro médico. Si tiene seguro a través del lugar de trabajo, su empleador puede pagar una parte de su prima en su nombre como parte de su paquete de prestaciones para empleados.

Proveedor: un médico, a physician, proveedor de atención médica o centro de atención médica con licencia, certificación o acreditación según lo requiera la ley.

Especialista: este tipo de proveedor se enfoca en un área específica de la medicina o enfermedad. Es posible que algunos especialistas no estén dentro de la red de su plan.



Forma continua ('Superbill' en inglés): un recibo detallado que es dado a los clientes por el proveedor de salud cuando:

- el proveedor no presenta o es incapaz de presentar los reclamos por servicios fuera de la red al responsable del pago;
- el cliente es auto-pago por alguna razón como:
 - prestaciones que no incluyen terapia de nutrición médica (TNM);
 - su diagnóstico no es una prestación.
- el cliente no tiene seguro médico.

Clientes pueden utilizar la forma continua para la Cuenta de Ahorros para la Salud (HSA en inglés), la Cuenta de Gastos Flexibles (FSA en inglés), los impuestos o para obtener un reembolso de su seguro médico.

Una forma continua no garantiza que un proveedor de seguros le reembolse por los servicios que le han ofrecido. Dependiendo de las prestaciones individuales, de la cobertura del seguro médico y de acuerdo con las pólizas del plan de seguro, es como un miembro será reembolsado.

Beneficiarios de Medicare no podrán presentar formas continuas para servicios de terapia de nutrición facilitados por un proveedor fuera de la red. Para planes de Medicare, sesiones ambulatorias de nutrición son solamente cubiertas para la diabetes, la enfermedad renal y los tres años después de un trasplante de riñón.

Revisión de la utilización (o gestión de la utilización): proceso utilizado por las aseguradoras para decidir si la atención de salud mental solicitada es médicamente necesaria, eficiente y en línea con la práctica médica aceptada. En consonancia con la práctica médica aceptada, significa que el tratamiento o servicio de salud mental ha demostrado ser eficaz en función de la evidencia científica.



NAVEGANDO SUS PRESTACIONES :

Seguro médico de trastornos alimenticios – Preguntas frecuentes

Las pólizas de seguro médico pueden ser agobiantes y complicadas. Hay mucha información que cambia de póliza a póliza lo que puede ser difícil de entender lo que cubre o no cubre su plan, o lo que sería el costo por el servicio etc....

P: ¿Qué significan todas las diferentes condiciones de pago?

R: Hay varias cosas que se deben tener en cuenta cuando se trata del pago de tratamiento. La mayoría de planes de seguro tienen una *prima*, lo cual es una tarifa mensual que el paciente paga por su plan de seguro. Muchos pacientes también tienen un *deducible del seguro*, que es un monto fijo que el paciente debe pagar de su bolsillo antes de que entren en vigor las prestaciones del seguro. Una vez que se alcanza el deducible, a los pacientes normalmente se les cobra un *copago* (un monto fijo en dólares por visita) o *coseguro* (un porcentaje fijo del costo total de la visita) cada vez que reciben tratamiento. Muchos planes de seguro también tienen un *desembolso máximo*, que es un límite en la cantidad que el paciente paga por año en copagos y / o coseguro.

P: ¿Cuáles son las razones habituales por las que una compañía de seguros niega la cobertura del tratamiento para desórdenes alimenticios o el pago de servicios?

R: Si bien hay muchas razones por las que un plan de seguro médico puede denegar la cobertura del tratamiento para trastornos alimentarios o el pago de dichos servicios, existen algunas razones comunes por las que puede estar experimentando según su plan y los servicios para los que busca cobertura.

- Nivel de atención (o servicios) que no se considera "médicamente necesario"
- No es elegible para la cobertura de los servicios solicitados bajo su plan de salud.
- No intentar el tratamiento de un nivel de atención más bajo antes de solicitar cobertura para un nivel de atención más alto
- No es elegible para la cobertura de los servicios solicitados hasta que pruebe x servicios (opción generalmente preferida dentro de la red)
- Los trastornos alimentarios no son una "fila" explícitamente nombrada de problemas cubiertos en la Explicación de prestaciones (EOB) de su plan de salud y, por lo tanto, se descartan rápidamente sin que el pagador los examine.



P: ¿Cuál es la diferencia entre Medicare y Medicaid?

R: Medicaid es un seguro médico estatal para personas cuyos ingresos están por debajo de cierto nivel. Medicare es un seguro médico administrado por el gobierno federal para personas mayores de 65 años y que tienen ciertas discapacidades que los califiquen. La cobertura de Medicaid puede variar según el estado y el plan de Medicaid administrado, mientras que Medicare se acepta en muchos estados independientemente del plan.

P: ¿Qué tratamientos para trastornos alimenticios cubre Medicare y Medicaid, y por qué son tan limitados?

R: Actualmente, la mayoría de los planes de Medicare y Medicaid limitan su cobertura de tratamiento de trastornos alimenticios a programas para pacientes hospitalizados (basados en el hospital) y ambulatorios. Sin embargo, es importante tener en cuenta que cada plan es diferente y que debe comunicarse con su compañía de seguros para verificar sus prestaciones y opciones de cobertura.

La cobertura del tratamiento de trastornos alimenticios para quienes tienen Medicare y

La cobertura del tratamiento de trastornos alimenticios para quienes tienen Medicare y Medicaid es muy limitada debido a cómo se han diseñado esos programas. La Ley de Paridad de Salud Mental y Equidad de Adicciones de 2008 (MHPAEA) es una ley federal que generalmente requiere que los planes de salud grupales y los pagadores de seguros de salud brinden prestaciones de salud mental o trastornos por uso de sustancias para tener la misma cobertura de prestaciones de diagnósticos de salud mental que diagnósticos médicos. Sin embargo, debido a que los problemas médicos se tratan en un hospital o mediante visitas al consultorio, la MHPAEA limita la cobertura de salud mental a las mismas opciones de tratamiento, es decir, para pacientes hospitalizados o ambulatorios. Esto luego excluye cualquier otro nivel de atención que a menudo se requiera para afecciones de salud mental como trastornos de la alimentación, incluidos los programas residenciales, la mayoría de los programas de hospitalización parcial (a menos que sean hospitalarios) y los programas ambulatorios más intensivos (a menos que sean hospitalarios).

P: ¿Cómo sé cuáles proveedores están dentro de mi red?

R: Los proveedores dentro de la red son esos que hayan sido elegidos como 'preferidos', o que estén cubiertos por el plan de seguro médico. Para asegurar que un médico esté dentro de la red, puede llamar al número de servicio al cliente y pedir que le envíen una lista de los proveedores que usted necesite (terapeuta, nutricionista, psiquiatra, etc....).

Para ver los proveedores disponibles, puede consultar en la barra de búsqueda del sitio web del seguro médico, escribiendo su código de área. Si no, comprando un seguro médico en el Mercado de Seguros Médicos, puede utilizar una herramienta de búsqueda que le mostrará cuáles planes corresponden a proveedores que ya esté utilizando. Por último, puede ver si un proveedor aceptan el plan llamando a la oficina del proveedor, antes de la cita, para que ellos le digan si están dentro o fuera de su red y cuáles son las prestaciones.



P: Mi plan de seguro no tiene terapeutas especializados en trastornos alimenticios para pacientes ambulatorios dentro de la red. ¿Hay algo que pueda hacer para evitar pagar de mi bolsillo a un proveedor?

R: Dependiendo del plan de seguro específico, es probable que haya pasos que puede tomar para evitar asumir costos de bolsillo. Específicamente, querrá hacer un seguimiento con un representante de su compañía de seguros que pueda informarle si su plan tiene o no una opción para coordinar un acuerdo de caso único (single case agreement o SCA en inglés) o acuerdos de cobertura especial. Un SCA es un contrato entre una compañía de seguros y un proveedor de atención médica fuera de la red para un paciente específico que le permite recibir cobertura dentro de la red para un proveedor fuera de la red durante un período de tiempo establecido.

P: ¿Qué debo hacer para consultar un proveedor fuera de mi red?

R: Si necesita otros servicios fuera de su red o consultar con un proveedor que no esté dentro de su red, hay pasos adicionales que puede tomar según la póliza del plan.

Una prestación fuera de la red probablemente será cubierta, pero tendrá un alto deducible o copago. Generalmente, por prestaciones disponibles dentro de la red el deducible podría ser de \$4,000, y para prestaciones fuera de la red el deducible sería de \$8,000. Por otro lado, el copago podría ser de \$25 para una consulta de un proveedor de atención primaria (PCP en inglés), y un copago de \$50 por una consulta de un proveedor fuera de la red.

Típicamente los proveedores de trastornos alimenticios, o centros de tratamiento, están fuera de la red (una frustración frecuente y entendible). Los proveedores de trastornos alimenticios estarán fuera de la red cuando el seguro médico no cubra servicios para trastornos alimenticios, o por falta de especialistas disponibles dentro del área o red.

Deberá pagar el monto si consulta con un proveedor ambulatorio por un trastorno alimenticio que esté fuera de la red. Muchos proveedores ambulatorios ofrecen cuotas diferenciadas; puede discutir con ellos para que le facturen un monto menos elevado por las sesiones. Si un centro de trastornos alimenticios esta fuera de la red, muchos planes permitirán un acuerdo de caso único (SCA en inglés). Este es un acuerdo de una sola vez, negociado entre el proveedor y el pagador del seguro médico para cubrir el tratamiento. El monto facturado y pagado por este servicio es arreglado con anticipación.



P: ¿Qué es la pre-autorización y la evaluación de utilización?

R: Una evaluación de pre-autorización ocurre cuando su compañía de seguro médico revisa la solicitud del paciente para su tratamiento. Durante la solicitud de autorización, su seguro médico decidirá si puede, o no, cubrir el tratamiento solicitado. Una evaluación de utilización es una solicitud para una estadía continua y días adicionales de tratamiento, típicamente llenada por su centro de tratamiento o proveedor. Durante la solicitud de autorización, su seguro médico le pedirá información para cumplir los criterios necesarios de acuerdo con las directrices de mejores prácticas del, “Milliman Care Guidelines” (MCG en inglés), las cuales son guías y criterios de diagnóstico publicados por el MCG para los proveedores y planes de seguro médico.

P: ¿Cuáles son mis opciones si mi seguro médico rechazó la autorización previa para mi tratamiento o rechazó cubrir los servicios de tratamiento ya prestados?

R: Si su compañía de seguros niega la cobertura de los servicios de tratamiento, puede presentar una apelación para que su seguro médico revise su decisión. El proceso de apelación difiere según la compañía de seguros médicos; puede encontrar más información sobre el proceso de apelación de su seguro médico en su sitio web. Puede encontrar más información sobre las apelaciones del seguro médico [aquí](#) y [aquí](#). Si se rechaza su apelación, es posible que desee volver a enviarla. Si cree que la denegación fue injusta hasta el punto de ser ilegal, debe consultar a un abogado (consulte la lista de prácticas legales que podrían ayudar).

P: ¿Cómo presento un Acuerdo de caso único (SCA en inglés)?

R: El proceso de coordinación de un SCA varía según el proveedor de seguros. Sin embargo, dado que los SCA involucran tanto a su seguro como a su proveedor de tratamiento, se recomienda estar en contacto con ambas partes durante todo el proceso para que todos estén en sintonía.

P: ¿Mi seguro médico cubrirá los gastos de tratamiento de una instalación ubicada en un estado diferente de donde vivo?

R: Depende de su proveedor de seguros. La mayoría de los sitios web de los proveedores de seguros tienen una lista de todos sus proveedores de tratamiento dentro de la red, por lo que es importante consultarlos antes de su primera cita de tratamiento.



P: ¿Qué es la Ley de paridad de salud mental y la Equidad de las adicciones? (MHPAEA en inglés)

R: La Ley de Paridad de Salud Mental es una ley federal que se firmó en 2008. Esta ley requiere que las compañías de seguros brinden una cobertura equivalente para los servicios de salud mental y uso de sustancias que brindarían para otros servicios de salud. Esta ley allanó el camino para la cobertura de salud mental dentro de la red. Sin embargo, no se aplica tanto como debería. También está resultando insuficiente para el tratamiento de trastornos alimentarios porque la atención médica sólo incluye visitas al hospital o al consultorio, mientras que el tratamiento para trastornos alimentarios también incluye residencial, PHP e IOP, que no se incluyen en la paridad.

Programas de salud que deben tener paridad:

- Programas de salud grupales para los contratistas que tengan más de 51 empleados;
- La mayoría de los programas de salud grupales para los contratistas que tengan 50 o menos; empleados – al menos de que hayan sido empleados antes de que entrarán en efecto las leyes federales de paridad;
- Programa de Beneficios de Salud para Empleados del Gobierno Federal (FEHB en inglés);
- Programa de cuidados administrados de Medicaid (MCO en inglés);
- Programa de Seguro de Salud Infantil del Estado (S-CHIP en inglés);
- Algunos de los programas de salud del gobierno local y estatal;
- Todo programa de salud que haya sido comprado por el Mercado de seguros médicos;
- La mayoría de los programas de salud grupales e individuales comprados fuera del Mercado de seguros médicos, al menos de que hayan entrado después.

Planes de salud que no están obligados a tener paridad:

- Medicare – con excepción de servicios de salud mental ambulatorios, formando parte de los costos compartidos de Medicare;
- Programas de Medicaid de cobro por servicio;
- Programas grupales e individuales con precedencia, que fueron creadas y compradas antes del 23 marzo de 2010;
- Programas exentos por un incremento de costo, debido a la paridad.

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS en inglés), puede igualmente imponer paridad si los estados no imponen la ley. Contacte la línea de CMS si duda que su programa de seguro médico no está aplicando la paridad.

1-800-633-4227 (para español presione el 2)

[Haga clic aquí para leer más sobre el MHPAE](#)



P: ¿Con quién hablo si tengo preguntas sobre la facturación, cobertura, etc....?

R: Para preguntas relacionadas a la facturación o cobertura del programa de seguro, puede llamar al número de servicio al cliente ubicado detrás de la tarjeta de seguro médico. Dependiendo del programa de seguro puede llamar diferentes números; por ejemplo, habrá uno para la salud y otra para la salud mental. Un representante de servicio al cliente puede trasladarla/o a otro departamento, si es necesario.

P: ¿Cómo obtengo una copia de las prestaciones de mi seguro médico?

R: Cuando se haya inscrito por primera vez en un programa de seguro médico, recibirá una copia de las prestaciones del programa que haya seleccionado. La copia puede ser enviada en un archivo PDF que detallará los servicios cubiertos, costos, primas, etc.... Si no recibe una copia, trate de buscarla en la página web de su seguro; si la inscripción fue por medio de su trabajo, hable con su departamento de recursos humanos para obtener una copia. Igualmente, puede llamar al servicio al cliente para solicitar que este documento le sea enviado.

P: ¿Si mi seguro considera mi trastorno alimenticio como una afección preexistente, y no la cubre - qué debo hacer para recibir cobertura?

R: Desde el 2014, “Obamacare” prohibió a las compañías de seguro de excluirle cobertura a las personas con afecciones preexistentes. Si su compañía de seguro reporta que no cubrirá una afección preexistente, puede buscar ayuda legal o consultar con defensores de tratamiento. Ellos le pueden ayudar a defender su caso y cubrir un tratamiento para un trastorno alimenticio.



¿CÓMO SÉ QUE CUBRE MI SEGURO MÉDICO?

Descifrando lo que cubre un programa de seguro médico suele ser un proceso aplastante, agotador y generalmente demasiado trabajo.

Cada programa puede variar.

Algunas maneras de averiguar que puede cubrir su programa de seguro médico:

- Si tiene acceso al manual del seguro, comience leyéndolo. Debe haber un apartado de resumen de prestaciones que enumera todos los servicios, costos, etc. que le sean cubiertos.
- Visite la página web del plan de salud, la dirección se podrá encontrar detrás de la tarjeta de seguro médico. En línea, verá las prestaciones de salud mental o comportamiento enumeradas en seguida de las prestaciones cubiertas. Si aún no tiene una cuenta en línea, deberá crearla para ver la información del programa.
- Llame a la línea gratuita de servicio al cliente de la compañía de seguro, el número típicamente estará ubicado detrás de la tarjeta de seguro médico. Hable con un representante sobre la cobertura para servicios de salud mental. Pregunte sobre sus prestaciones. Si tiene un código de diagnóstico, este le podrá ayudar a recibir información exacta. Los códigos de diagnóstico son una combinación de números y letras, utilizados por proveedores de tratamiento o compañías de seguro para identificar cuáles son las reclamaciones y pagos, y cuales prestaciones están cubiertas. Si ya tiene un proveedor, le puede preguntar cuál es el código de diagnóstico para presentar al seguro médico. Por favor, recuerde que usted no es definido por el diagnóstico que haya recibido; estas etiquetas fueron hechas para poder calificar con un seguro médico.

Preguntas que se pueden hacer para saber más sobre las prestaciones de seguro:

- ¿Hay cobertura para la salud mental?
- ¿Hay cobertura para atención ambulatorio de la salud mental u otros niveles de atención como programas intensivos para pacientes ambulatorios, hospitalizados, hospitalización parcial y residencial?
- ¿Hay cobertura específica para tratamiento de un trastorno alimenticio?
- ¿Hay cobertura para la orientación nutricional? (Algunas veces conocida como terapia médica de nutrición – MNT en inglés)
- ¿Hay un límite de cobertura para las consultas de terapia (como, por ejemplo): la salud mental, la terapia médica de nutrición o la hospitalización, etc...?
- ¿Cuál es mi copago para (el servicio que haya solicitado)?
- ¿Cuál es mi deducible?
- ¿Cuál es mi máximo de gastos?
- ¿Tengo prestaciones fuera de la red?
- ¿Podría explicarme cuales son mis prestaciones por (el servicio que haya solicitado)?
- ¿Podría enviarme una copia de mis prestaciones, y/o podría verlas en línea?



- Pida copia de las directrices utilizadas por la compañía de seguro para determinar el nivel de atención (ellos están obligados a dárselo).
- También puede llamar al centro de tratamiento, o proveedor, y darles su información de seguro médico. Ellos se comunicarán con el seguro, harán una “verificación de prestaciones”, y le darán un desglose de cuáles son sus prestaciones y lo que cubre.

¿Qué es una necesidad médica? ¿Es distinta a un servicio cubierto?

R: La necesidad médica es un término de salud mental, con el que podría encontrarse durante una búsqueda para el tratamiento de trastornos alimenticios. Según los seguros médicos, una necesidad médica no equivale a un tipo de servicio cubierto; el seguro médico debe acordar en cubrir una necesidad médica.

La necesidad médica es un tipo de tratamiento. Como, por ejemplo, un alto nivel de atención para tratamiento de trastornos alimenticios, que el proveedor considerará como necesario. Puede que el seguro no esté de acuerdo con lo que sea una necesidad médica. Muchas veces, las compañías de seguro tratarán de negar cobertura para el tratamiento de un trastorno alimenticio que sea medicamente necesario; o de solo aprobar un tratamiento con un bajo nivel de atención.

Si su compañía de seguro le niega tratamiento, usted tiene el derecho de apelar la decisión. Puede consultar con un proveedor que le ayudará a navegar el proceso de apelación. La compañía de seguro también le aportará la información necesaria para apelar la decisión usted misma/o. Sea insistente y trate de defenderse lo más posible.

Los rechazos pueden ser revocados. ¡No se rinda!



LEY DE CUIDADO DE SALUD ASEQUIBLE (ACA) Y EL MERCADO DE SEGUROS MÉDICOS

¿Qué es el Mercado de seguros médicos?

Primero - ¿Qué es la Ley de cuidado de salud asequible? (ACA en inglés)

R: La Ley de cuidado de salud asequible (ACA), también conocida como “Obamacare,” fue desarrollada para que las personas puedan tener acceso a un seguro médico asequible por medio del Mercado de seguros. ACA ayuda crear competición en el Mercado de seguros médicos privados, y es diseñado para que las personas estén a cargo de su cobertura médica y atención. Radicados en cada Estado, estos mercados competitivos aportan una “ventanilla única” de cobertura asequible a millones de estadounidenses y pequeños comerciantes.

Para comprar un plan por medio del Mercado de seguros médicos, debe inscribirse durante el período de inscripción abierta (el tiempo de cada año cuando podrá inscribirse para un seguro médico o cambiar su programa). Puede que sea elegible para inscribirse a un programa fuera de la inscripción abierta, si ha tenido un evento calificador (por ejemplo: cambio o pérdida de trabajo, divorcio, matrimonio, mudanza, nacimiento etc....).

Hay varios detalles en contra y a favor de las compañías de seguro médicos que están disponibles en el mercado. Habrá diferencias de red de proveedores, deducibles y otros gastos. El mercado está hecho para que pueda comparar las ventajas y desventajas de cada programa en el sitio web.

Fuente: <https://www.cms.gov/CCIIO/Programs-and-Initiatives/Health-Insurance-Marketplaces>.

¿Entonces, qué es el Mercado de seguros médicos?

R: El Mercado de seguros médicos son organizaciones por donde las personas pueden comprar un seguro, los programas dependen del Estado. Gracias a la ACA, puede mirar y comparar el tipo de cobertura o precio de cada seguro.



Respuestas a las preguntas frecuentes dadas por el Mercado de seguros en: cuidadodesalud.gov/es

P: ¿Puedo aplicar para seguro médico por medio del Mercado en cualquier momento?

R: Los programas del Mercado de seguros se pueden comprar si es:

1. Inscripción abierta;
2. Período de inscripción especial;
3. Eligible para Medicaid o el Programa de seguro médico para niños (CHIP en inglés);
4. Descalificada/o después de haber solicitado para Medicaid o el Programa de seguro médico para niños (CHIP en inglés) durante la inscripción abierta.

El **Período de inscripción abierta** típicamente ocurre al final de cada año, del 1 noviembre al 15 enero. Después de haberse inscrito, la cobertura comenzará el primer día del siguiente mes.

Con un **Período de inscripción especial**, se puede inscribir si pierde cobertura por pérdida de trabajo, nacimiento, matrimonio, mudanza u otras circunstancias. Si es elegible, puede que califique para ayuda de pago de la cobertura, así no haya calificado anteriormente. Infórmese más sobre bajos costos.

Con **Medicaid** o el **Programa de seguro médico para niños** (CHIP en inglés), se puede aplicar en cualquier momento e inmediatamente inscribirse si califica. Si después que el período de inscripción abierta termine le niegan cobertura, y no califica para Medicaid o CHIP, se puede aplicar para un nuevo plan por medio del Mercado de seguros.

P: ¿Cómo declaro cambio en mis ingresos, familia o dirección?

R: Se puede reportar cambios al Mercado de seguros de 3 maneras: en línea, por teléfono, o en persona – no por buzón de correo. Es importante que declare cualquier cambio lo más pronto posible. Los cambios pueden afectar su cobertura y sus ahorros.

P: ¿Cómo presento documentos?

R: La manera más fácil y rápida de hacer que los documentos sean tramitados, es de subirlos en línea. Si no, las copias se pueden enviar por correo.

P: ¿Cómo pago mi prima mensual para finalizar mi inscripción?

R: Las primas de un seguro médico comprado en el Mercado de seguros, se pagan directamente con la compañía de seguro – no con el Mercado de seguros. La cobertura no comenzará hasta que no haya pagado su primera prima.



P: ¿Cómo selecciono un programa en el Mercado de seguros médicos?

R: Si ha calificado para un programa de seguro por medio de la Ley de cuidado de salud asequible (ACA en inglés), durante la inscripción abierta o por causa de otra circunstancia, puede aplicar por cobertura médica de varias maneras:

- En línea en cuidadodesalud.gov/es – esta es la manera más fácil para comparar un programa.
- Por teléfono
- Con la ayuda de alguien en su comunidad
- Por un agente o corredor de seguros
- Por los sitios web asociados y certificados para inscripción
- Por medio de una aplicación en papel

Las categorías de programas de seguro médico (los programas varían y son disponibles por ingreso):

Programa bronce – Estimado a cubrir 60% de las facturas médicas, dejando que pague el resto del 40% hasta el máximo de gastos que haya sido establecido.

Programa plateado – Estimado a cubrir 70% de las facturas médicas, hasta el máximo de gastos que haya sido establecido.

Programa dorado – Estimado a cubrir 80% de las facturas médicas, hasta el máximo de gastos que haya sido establecido.

Programa platino – Estimado a cubrir 90% de las facturas médicas, hasta el máximo de gastos que haya sido establecido.

P: ¿Si no soy ciudadana/o estadounidense? ¿Puedo aplicar por seguro por medio del Mercado de seguros?

R: Sí. Aunque para calificar deberá ver cuáles son las circunstancias para poder obtener un seguro por medio del Mercado. [Para más información puede dar clic aquí.](#)



Guía de paso a paso para aplicar en el Mercado de seguro médicos:

- Aplique haciendo clic en cuidadodesalud.gov/es
- De clic en el botón que dice “**Averigüe si puede inscribir/cambiar**”
- Ingrese su código postal para ver si califica, o para cambiar o agregar nueva cobertura durante un Período de inscripción especial. Durante el Período de inscripción especial, puede calificar para nueva cobertura médica (estas fechas son disponibles en el sitio web).
- Después de haber ingresado el código postal, será enviado a la página del Estado que le corresponde.
- La herramienta **Planes y precios de SHOP** le mostrará diferentes primas mensuales, proveedores preferidos y la elegibilidad para ayuda financiera de un seguro médico.
- Si aún no tiene una cuenta, tendrá que crearla para llenar una aplicación y ser elegible. La página web le dirá si es Inscripción abierta o un evento de vida calificante.
- Cuando haya confirmado su elegibilidad y llenado la aplicación, puede dar clic en: “**Ver planes y precios**”.
- Todos los programas por los que haya calificado estarán disponibles en el sitio web. Tendrá la opción de ingresar sus proveedores, y ver si aceptan las pólizas que tiene disponible. También puede ajustar los filtros para detallar el programa que le sea mejor.
- Cuando haya escogido y seleccionado un programa, podrá pagar la primera prima del mes. Después podrá establecer una forma de pago mensual.
- Haciendo una selección de programa puede ser una decisión difícil y agobiante. Si siente que necesita más ayuda antes de seleccionar un programa o le gustaría hacer otras preguntas, puede contactar este número: 1-800-706-7893 (TTY: 1-888-201-6445) – disponible las 24 horas, excepto los días festivos.

TRATAMIENTO PARA TRASTORNOS ALIMENTICIOS

Los Niveles de Atención

NIVEL DE ATENCIÓN	¿CÓMO CALIFICA UN(A) PACIENTE?	¿QUÉ PUEDE ESPERAR UN PACIENTE?	¿LO CUBRE EL SEGURO?
PACIENTE HOSPITALIZADO (Inpatient (IP) en inglés)	<ul style="list-style-type: none">• El paciente es médicamente inestable.• El paciente necesita supervisión 24/7 para estar a salvo.	<ul style="list-style-type: none">• La estancia promedio de los pacientes hospitalizados varía de 7 días a 1 mes• Todas las comidas y refrigerios están supervisados.• Baños cerrados• La mayoría de las sesiones de terapia y nutrición se realizan en grupo• El paciente vive en el lugar	<ul style="list-style-type: none">• Sí, pero se necesita autorización previa.
RESIDENCIAL (RESIDENTIAL (Res or RTC) en inglés)	<ul style="list-style-type: none">• El paciente está estable desde el punto de vista médico y /o psicológico, pero necesita un entorno estructurado fuera del hogar para recuperarse.	<ul style="list-style-type: none">• La duración media de la estancia varía de unas pocas semanas a un año.• Todas las comidas y refrigerios están supervisados.• El programa es una combinación de sesiones de nutrición y terapia grupal e individual• El paciente vive en el lugar	<ul style="list-style-type: none">• Sólomente lo cubre el seguro privado, y frecuentemente se necesita una autorización previa.• Un Acuerdo de caso único (SCA en inglés), está disponible para programas privados o públicos de seguro médico, y depende de cada uno.
PROGRAMA DE HOSPITALIZACIÓN PARCIAL (PHP O TRATAMIENTO DIURNO) (En inglés Partial Hospitalization Program (PHP or Day Treatment))	<ul style="list-style-type: none">• El paciente está física y psicológicamente estable, pero necesita apoyo diario para evitar su deterioro.	<ul style="list-style-type: none">• La duración de una estancia promedio es de 4-8 semanas.• El programa se reúne de 5 a 7 días a la semana durante el día.• Al menos dos comidas supervisadas por día• El programa es una combinación de sesiones de nutrición y terapia grupal e individual• El paciente vive fuera del sitio	<ul style="list-style-type: none">• Los seguros privados cubren y los financiados por el gobierno solo lo hacen cuando el programa se basa en un hospital; a menudo se necesita autorización previa

TRASTORNOS ALIMENTICIOS LOS NIVELES DE ATENCIÓN

NIVEL DE ATENCIÓN	¿CÓMO CALIFICA UN(A) PACIENTE?	¿QUÉ PUEDE ESPERAR UN PACIENTE?	¿LO CUBRE EL SEGURO?
<p>PROGRAMA INTENSIVO PARA PACIENTES AMBULATORIOS</p> <p>(En inglés Intensive Outpatient Program (IOP))</p>	<ul style="list-style-type: none"> El paciente ya no necesita apoyo diario, pero aún necesita un ambiente estructurado para su recuperación. 	<ul style="list-style-type: none"> La duración media de la estancia es de 6 a 12 semanas. El programa se reúne 3 días a la semana durante 3 horas a la vez Una comida supervisada por sesión Las sesiones de terapia y nutrición pueden ser individuales y / o grupales El paciente vive fuera del sitio 	<ul style="list-style-type: none"> Sí – muchas veces solo el seguro privado, y autorización previa puede ser necesaria. Un Acuerdo de caso único (SCA en inglés), está disponible para programas privados o públicos de seguro médico.
<p>PACIENTE AMBULATORIO (EN INGLÉS OUTPATIENT (OP))</p>	<ul style="list-style-type: none"> El paciente necesita apoyo para recuperarse, pero puede funcionar en su vida diaria sin riesgo. 	<ul style="list-style-type: none"> El tratamiento está en curso, desde algunos meses hasta algunos años. El tratamiento incluye: <ul style="list-style-type: none"> Terapia individual Terapia de grupo Terapia de nutrición / dietista Citas de psiquiatría Citas medicas 	<ul style="list-style-type: none"> Sí, pero generalmente se limita a proveedores de la red y rara vez existe un mecanismo para buscar especialistas en trastornos alimentarios.
<p>TRATAMIENTO FAMILIAR INTENSIVO (En inglés Intensive Family Treatment (IFT))</p>	<ul style="list-style-type: none"> El paciente tiene 24 años o menos y vive con su familia de origen. 	<ul style="list-style-type: none"> La familia entera es incluida en el tratamiento. Intensivo de una semana 	<ul style="list-style-type: none"> Casi nunca
<p>TERAPIA BASADA EN LA FAMILIA (En inglés Family-Based Therapy (FBT))</p>	<ul style="list-style-type: none"> El paciente es un adolescente o un adulto que vive con su familia. 	<ul style="list-style-type: none"> El tratamiento está dirigido por un terapeuta Centrado en empoderar a los padres para que alimenten a sus hijos Suele durar 20 sesiones. 	<ul style="list-style-type: none"> Casi nunca

FUENTES (EN INGLÉS): NATIONALEATINGDISORDERS.ORG



ACUERDOS DE CASO ÚNICO (SCA en inglés)

¿Qué es un SCA?

Un acuerdo de caso único (SCA en inglés) es un contrato único entre una compañía de seguros y un proveedor fuera de la red para una persona específica, de modo que el paciente pueda ver a ese proveedor utilizando sus prestaciones dentro de la red. Básicamente, es una excepción a la red, de modo que el paciente solo tendrá que pagar sus copagos de rutina dentro de la red para las sesiones después de alcanzar su deducible dentro de la red (si corresponde). La tarifa por sesión que pagará la compañía de seguros es negociada por la compañía de seguros y el proveedor como parte de la SCA.

Los SCA pueden ser justificados cuando:

- El programa de proveedor / tratamiento tiene una especialidad clínica, que no está disponible entre ningún proveedor de la red.
- El proveedor de la red no trata a personas de su edad, sexo o preferencia religiosa.
- La ubicación geográfica del paciente no tiene proveedores dentro de la red.
- El proveedor fuera de la red mantendrá al paciente fuera del hospital, reduciendo el costo de los medicamentos.
- Un paciente que ha cambiado recientemente de plan de seguro (continuidad de la atención).
- Todos los proveedores de la red están completos y no tienen disponibilidad.
- Hay pruebas de que los proveedores disponibles dentro de la red son inapropiados o causarían daño (por ejemplo, el paciente es transgénero y necesita un proveedor con experiencia tratando con pacientes transexuales).

¿Cómo configuro un SCA?

Normalmente, los SCA se negocian directamente entre su proveedor de atención médica y su compañía de seguros. Cuando se comunique por primera vez con su proveedor de atención médica para recibir tratamiento, puede preguntarle si estaría dispuesto a negociar una SCA con su compañía de seguros. Esté preparado para proporcionar detalles sobre su historial médico y si ha recibido tratamiento para trastornos alimentarios en el pasado. Cuanto más fuerte sea su caso de que su proveedor elegido es la mejor atención para usted, es más probable que su compañía de seguros acepte una SCA.

¿Cuánto dura un SCA?

Los SCA suelen durar toda la duración de su tratamiento. Sin embargo, si completa el tratamiento con su proveedor y decide reanudar el tratamiento en una fecha posterior, deberá negociar un nuevo SCA con su compañía de seguros.



Pasos para establecer y abogar por un Acuerdo de caso único (SCA en inglés):

- Puede comenzar contactando el servicio al cliente de la compañía de seguro médico (el número de teléfono de salud mental, muchas veces, estará detrás de la tarjeta de seguro médico). Cuando llame, podrá solicitar una lista de proveedores o centros de tratamiento, dentro de la red, que especializan en trastornos alimenticios.
- Si no hay proveedores dentro de la red que estén disponibles, pregunte si tiene prestaciones fuera de la red. Muchos planes de seguro médico no tienen prestaciones fuera de la red. En este caso, puede preguntar con quién puede hablar para comprobar si un SCA es posible. Puede informarles que ha “agotado todos los recursos” y que “no hay centros de tratamiento residenciales para trastornos alimenticios dentro de la red que convengan con su plan.”
- Cuando hable con su compañía de seguro médico, pida que le asignen una/un coordinador/a de servicios, si aún no le han asignado una/o. Es una inscripción gratuita. Su coordinador/a abogará por usted, le servirá como punto de contacto dentro de la compañía de seguro y le ayudará conectarse con recursos dentro de la red. Puede decirle al representante que esto es urgente y necesario para poder encontrar tratamiento inmediato – esto hará que le respondan lo más pronto posible. ¡No le de miedo de volver a llamar, si no recibe una respuesta dentro 1-2 semanas!
- Puede averiguar llamando al centro de tratamiento para trastornos alimenticios, si no encuentra proveedores dentro de la red que cumplan con sus necesidades. Puede que el centro trabaje con su seguro, pidiendo un SCA. Todo dependerá del tipo de seguro y algunos centros no trabajarán con Medicaid. Si es posible, comience llamando centros que estén dentro del Estado o cerca de usted; muchas veces, estos son más probables a calificar para un SCA.
- Después de haber encontrado un centro de tratamiento que sea capaz de trabajar con su seguro médico, ellos le dirán cuáles son los próximos pasos en el proceso de asesoramiento y solicitud para un SCA.
- Si tiene proveedores ambulatorios (terapeuta/ nutricionista/ psiquiatra/ médico primario), ellos pueden comunicarse con el centro de tratamiento, para dar recomendación por un nivel más alto de atención. Todo esto puede ser información útil para presentarle al seguro médico, poder cumplir con el criterio de “necesidad médica” y obtener un SCA.



APELACIÓN PARA DENEGACIONES DE SEGUROS

Importante: Este documento estará en inglés y en español con el motivo de que pueda ser comprendido lo que dice el texto en inglés, sin embargo las apelaciones deben ser enviadas en inglés.

Si su seguro médico niega la cobertura de su tratamiento, puede presentar una apelación. **Hay dos tipos de apelaciones de seguros:**

- **Apelación interna:** su compañía de seguros hace una “revisión completa y justa” de su decisión de denegar la cobertura del tratamiento. Puede obtener más información sobre las apelaciones internas [aquí](#).
- **Revisión externa:** un tercero independiente determina si su compañía de seguros debería haber negado la cobertura del tratamiento. Puede obtener más información sobre las revisiones externas [aquí](#).

Plantilla de carta de Apelación no. 1

(Fuente: [University of Rochester Medical Center](#))

Estimado/a [Analista de Apelacion]:

Le escribo en nombre de [nombre del miembro del plan, si es otra persona a usted] para apelar la decisión de [nombre del plan de salud] de denegar [nombre del servicio, procedimiento o tratamiento buscado] para [nombre del miembro del plan, si no es usted].

Tenemos entendido que [nombre del plan de salud] niega la cobertura sobre la base de que "[cite el lenguaje del plan de salud en la carta de denegación]". [Adjunte la carta de denegación.] Creemos que [nombre del servicio, procedimiento o tratamiento buscado] es médicamente necesario para tratar la condición médica de [nombre del miembro del plan si no es usted] y que [nombre del servicio, procedimiento o tratamiento buscado] es un beneficio del plan cubierto.

[Nombre del plan de salud] cubre los servicios médicamente necesarios que no están expresamente excluidos, que se describen en la Evidencia de cobertura y que están autorizados por el PCP del miembro y, en algunos casos, aprobados por un revisor autorizado. [Adjunte la sección correspondiente de la Evidencia de cobertura].

El equipo de tratamiento entero ha recomendado que [nombre del servicio, tratamiento o procedimiento buscado] es médicamente necesario. [Adjunte carta médica.]



[Nombre del plan de salud] cubre los servicios médicamente necesarios que no están expresamente excluidos, que se describen en la Evidencia de cobertura y que están autorizados por el PCP del miembro y, en algunos casos, aprobados por un revisor autorizado. [Adjunte la sección correspondiente de la Evidencia de cobertura].

El equipo de tratamiento entero ha recomendado que [nombre del servicio, tratamiento o procedimiento buscado] es médicamente necesario. [Adjunte carta médica.]

Contrario a su carta, [nombre del servicio, procedimiento o tratamiento buscado] es un servicio cubierto. [Nombre del servicio, procedimiento o tratamiento buscado] se indica como un beneficio cubierto en su Manual para miembros de HMO, está implícitamente cubierto en la Evidencia de Cobertura y no está expresamente excluido como un servicio cubierto en la Evidencia de Cobertura. [Cite el Manual para miembros y la Evidencia de cobertura para establecer que el servicio, procedimiento o tratamiento es un beneficio cubierto y no está expresamente excluido]. [Cite las leyes de prestaciones obligatorios de su estado que exigen que el plan de salud brinda esta cobertura].

[Describa la condición médica del miembro y por qué este servicio, procedimiento, o tratamiento sería de beneficio para el miembro y las consecuencias si el paciente no recibe este tratamiento..]

[Si el tratamiento está fuera de la red, establezca que no se ofrecen servicios comparables dentro de la red].

[Por último, si cree que no cubrirán el servicio debido al precedente, pídale que consideren cubrirlo como un beneficio extracontractual y que paguen el servicio, procedimiento o tratamiento con cargo al grupo de pagos catastróficos del Plan de salud.]

[Si el miembro requiere tratamiento inmediato para la afección, solicite una audiencia acelerada; solicite que responda dentro de las 72 horas posteriores al envío de la carta. Tenga en cuenta que la ACA ahora requiere una revisión interna acelerada de 72 horas para la atención de urgencia. Este período de tiempo es necesario para los años del plan o los años de póliza que comienzan el 1 de julio de 2012.]

[Adjunte una carta de su médico que describa la condición de la persona..]

Gracias por su atención inmediata a este asunto.

*Saludos cordiales,
[su nombre]*

cc: [Posibles personas a quien usted considere enviar esta carta; Director médico del plan de salud; Director médico del grupo médico; Su médico de atención primaria o tratante; Su representante estatal si espera más denegaciones.]



A continuación encontrará el texto de la carta en inglés.

RECUERDE QUE ESTA DEBE SER ENVIADA EN SU VERSIÓN EN INGLÉS

Dear [Appeals Analyst]:

I am writing, on behalf of [name of Plan member if other than yourself], to appeal the [name of Health Plan] decision to deny [name of service, procedure, or treatment sought] for [name of Plan member if other than yourself].

It is our understanding that [name of Health Plan] is denying coverage on the basis that "[cite Health Plan's language in the denial letter]." [Attach denial letter.] We believe that [name of service, procedure, or treatment sought] is medically necessary to treat [name of Plan member if other than yourself]'s medical condition and that [name of service, procedure, or treatment sought] is a covered plan benefit.

[Name of Health Plan] covers medically necessary services that are not expressly excluded, which are described in the Evidence of Coverage, and which are authorized by the member's PCP and in some cases approved by an Authorized Reviewer. [Attach relevant section from Evidence of Coverage.]

The entire treatment team has recommended that [name of service, procedure, or treatment sought] is medically necessary. [Attach supporting medical letter.]

Contrary to your letter, [name of service, procedure, or treatment sought] is a covered service. [Name of service, procedure, or treatment sought] is stated as a covered benefit in your HMO Member Handbook, is implicitly covered in the Evidence of Coverage, and is not expressly excluded as a covered service in the Evidence of Coverage. [Quote from Member Handbook and Evidence of Coverage to establish that the service, procedure, or treatment is a covered benefit and not expressly excluded.] [Cite your state's mandated benefit laws requiring that the health plan provide this coverage.]

[Describe the member's health condition, why the service, procedure, or treatment would benefit the member, and the consequences if the patient does not receive this treatment.]



[If the treatment is out-of-network, establish that no comparable services are offered within the network.]
[Finally, if you feel they won't cover the service because of the precedent, ask them to consider covering it as an extra-contractual benefit, and to pay for the service, procedure, or treatment out of the Health Plan's catastrophic payment pool.]

[If the member requires immediate treatment for the condition, request an expedited hearing – request that they respond within 72 hours of mailing the letter. Note that ACA now requires a 72-hour expedited internal review for urgent care. This time frame is required for plan or policy years beginning on July 1, 2012.]

[Attach a letter from your treating physician describing the person's condition.]

Thank you for your immediate attention to this matter.

Sincerely,

[Your name]

cc: [Possible people to whom you should consider sending copies of your letter including Health Plan Medical Director; Medical Group; Medical Director; Your primary care or treating physician; Your state representative if you expect more denials.]

Plantilla de carta de Apelación no. 2

(Fuente: [Journal of Psychiatric Practice: Providing a Routine Medical Necessity Letter to Improve Access to Care for Our Patients](#))

Por: Joseph Feldman, MBA Mark DeBofsky, JD Eric M. Plakun, MD Cheryl Potts, MBA

Fecha:

A quien corresponda:

Esta carta describe mi evaluación clínica y el tratamiento medicamente necesario para mi paciente [nombre de paciente]. Yo he estado tratando a [nombre de paciente] desde aproximadamente el [fecha].

[Títulos y consulta del proveedor]—incluya un resumen breve de su entrenamiento, médico u otra certificación profesional, residencia, internado o pasantía, afiliaciones hospitalarias, años en práctica, publicaciones evaluadas de sus pares, especialidades relevantes al paciente específico, u otras descripciones de sus calificaciones que formaron su decisión profesional. La información incluida en esta sección establecerá sus calificaciones para hacer la determinación clínica descrita a continuación:

[Evaluación clínica confirmada]— incluya un resumen breve del diagnóstico/ evaluación, enfocándose en los detalles relevantes al tratamiento con necesidad médica, que usted haya determinado como apropiado, incluyendo:



- *Observaciones relacionadas que formaron el determinado plan de tratamiento.*
- *Estándares evaluados por sus pares y directrices de tratamiento médicos que hayan formado su decisión. (Directrices pueden ser de LOCUS,⁸ CALOCUS,⁸ ASAM,⁹ DSM-5,¹³ Psychiatry Online,¹⁰ AACAP,¹¹ Nice (UK,¹² y guías institucionales.) Puede ser útil de incluir comentarios relevantes, consciente del grado que las necesidades particulares del paciente varían o sean atípica vis-a-vis los estándares y guías.*
- *Consideraciones relacionadas a los estándares de atención y otras referencias basadas en la demanda estadounidense de “Wit v. Behavioral Health”. No es ni necesario ni apropiado de a) especular sobre la probabilidad de éxito de un particular tipo de tratamiento; b) explorar cualquier tipo de “¿y si..?” sobre la posible evolución de tratamiento; o c) examinar si, o no, la póliza de seguro cubrirá el tratamiento. Su evaluación actual es suficiente.*

[Curso de tratamiento]— descripción del curso de tratamiento que usted haya calificado como necesidad médica, incluyendo:

- *Un resumen racional de su decisión médica.*
- *Cuando sea posible de unir su recomendación de un tratamiento de necesidad médica a una herramienta de evaluación de asociación profesional multidimensional, como el Sistema de utilización de nivel de atención para servicios psiquiátricos y de adicción (LOCUS en inglés)⁸ o el Sistema de utilización de nivel de a para niños y adolescentes (CALOCUS en inglés)⁸ desarrollado por las asociaciones estadounidenses: American Association of Community Psychiatrists y el American Society of Addiction Medicine (ASAM en inglés). Igualmente, incluya referencias de elementos relevantes al tratamiento efectivo de la demanda de “Wit”.*
- *Asegure de utilizar las palabras “necesidad médica es necesaria”; no deja ninguna duda que la necesidad médica es el estándar para su decisión de tratamiento.*
- *Identifique a) daños específicos que puedan ocurrir; b) riesgos que pueda evitar o mitigar y/o c) logros clínicos que se pueden perder o estar ausentes del curso de tratamiento planeado.*
- *Esta carta no es ni una recomendación para aceptación ni una presentación persuasiva de evidencia para la evaluación de otros. Más bien, es para presentarse y explicar su experiencia en la materia, resumir su relación y evaluación del paciente, y su determinación.*

Cordialmente,
[Firma]



A continuación encontrará el texto de la carta en inglés.

RECUERDE QUE ESTA DEBE SER ENVIADA EN SU VERSIÓN EN INGLÉS

Date:

To Whom It May Concern:

This letter describes my clinical assessment and the medically necessary treatment for my patient [patient]. I have been treating [patient] since approximately [date].

[Provider credentials and practice]— *include a brief summary of your training, medical or other professional school, residency, fellowship and internship training, hospital affiliations, years in practice, peer-reviewed publications in the area in question, relevant specialties relevant to the specific patient, and any other description of your qualifications that inform your professional judgment. The information included here will establish your qualifications to make the clinical determination to be described below.*

[Substantiated clinical assessment]— *include a brief summary of your diagnosis/assessment, focusing on the particulars relevant to the medically necessary treatment that you have determined is appropriate including:*

- *Related observations that informed your determination of the treatment plan.*
- *Peer-reviewed standards and medical treatment guidelines that informed your judgment. (Guidelines may include LOCUS,⁸ CALOCUS,⁸ ASAM,⁹ DSM-5,¹³ Psychiatry Online guidelines,¹⁰ AACAP primary case guidelines,¹¹ Nice (UK) guidelines,¹² and institutional guidelines.) To the extent that this particular patient's needs vary from or are atypical vis-à-vis standards and guidelines, it would be helpful to include relevant commentary.*
- *Considerations related to standards of care and other references based on the Wit v United Behavioral Health lawsuit (see Appendix B "Suggested Text for Potential Inclusion in a Medical Necessity Letter"). (It is neither necessary nor appropriate (a) to speculate on the probability of success with any particular course of treatment, (b) to explore any "what ifs" regarding the potential evolution of the treatment, or (c) to assess whether or not the insurance policy will cover the treatment. Your current assessment is sufficient.)*



[Course of treatment]— *description of the course of treatment that you have determined to be medically necessary, including:*

- *Summary rationale for your medical decision-making.*
- *When possible, link your recommendation for medically necessary treatment to a professional society multidimensional assessment instrument, such as the Level of Care Utilization System for Psychiatric and Addiction Services (LOCUS)⁸ or the Child and Adolescent Level of Care Utilization System (CALOCUS)⁸ developed by the American Association of Community Psychiatrists or the American Society of Addiction Medicine (ASAM) criteria.⁹ Also include reference to the relevant elements of effective treatment from the Wit lawsuit (specific suggestions are provided in Appendix B to this article).*
- *Be sure to use the words “determined to be medically necessary”; leave no doubt that “medically necessary” is the standard for your treatment decision.*
- *Identify (a) specific harms that could occur, (b) avoidable risks that could be mitigated, and/or (c) clinical gains that could be lost absent your planned course of treatment.*
- *This letter is neither a recommendation for approval nor a persuasive presentation of evidence for evaluation by others. Rather, it introduces you and your expertise, summarizes your relationship with, and assessment of the patient, and your (by now, obviously qualified) determination.*

Sincerely,

[Signature]



PROCESO DE APELACIÓN

1 Entre iguales

En la compañía de seguro, se refiere a una conversación entre su proveedor de tratamiento (típicamente un psiquiatra u otro terapeuta licenciado) y un médico. Esto ocurre cuando una solicitud está siendo rechazada por el seguro médico.

2 Nivel 1 Apelación interna

Si el médico niega los servicios durante la conversación entre iguales, una apelación interna se puede solicitar. Se evalúa si, o no, la decisión que fue tomada inicialmente esta correcta. Puede haber otra conversación entre el equipo de tratamiento y el médico, una revisión de registros médicos, o ambos casos. Típicamente, la solicitud se hace como una “apelación acelerada” que pasará dentro de 48-72 horas.

3 Nivel 2 Apelación interna

La reconsideración del rechazo tomará lugar con un médico diferente de la compañía de seguro. Para reñir el rechazo, se puede hacer una revisión del historial médico, una conversación en persona con el equipo de tratamiento, y en algunos casos, con miembros de la familia y/o el cliente. Este proceso de apelación puede tomar más tiempo.

4 Apelación externa

Si durante cada nivel de apelación interna el rechazo sigue siendo sostenido, puede pedir una externa e independiente evaluación. La compañía de seguro seleccionará una tercera parte, llamada una Organización de evaluación independiente. La toma de decisión puede que dure hasta 45 días. Si el rechazo es revertido, el seguro médico está legalmente obligado a pagar por los servicios.

**El proceso de apelación cambia con cada póliza y no aplica a Medicaid, Medicare o pólizas de Tricare.*

[Haga clic aquí para saber más sobre el proceso de apelación con Medicaid](#)

[Haga clic aquí para saber más sobre el proceso de apelación con Tricare](#)



APOYO LEGAL

Prácticas legales que funcionan en litigios por trastornos alimenticios

- [Berger & Green](#) (PA) (en inglés)
- [Disability Insurance Law Group](#) (FL) (en inglés)
- [Kantor & Kantor, LLP](#) (CA, OR, y WA) (en inglés)
 - [Lisa Kantor explica cómo recibir cobertura para el tratamiento de trastornos alimenticios](#) (en inglés)
- [Law Offices of Scott Glovsky](#) (CA) (en inglés)

Prácticas legales que se ocupan de las infracciones del seguro médico y de la paridad

- [The Kennedy Forum](#) (en inglés)
- [Crowell & Moring LLP](#) (Kathy Hirata Chin en particular) (NY) (en inglés)
- [DeBofsky Sherman Casciari Reynolds P.C.](#) (IL) (en inglés)
- [Dickinson Wright LLP](#) (AZ, CA, FL, KY, MI, OH, NV, TN, TX, y Washington DC) (en inglés)
- [Epstein Becker & Green](#) (CA, CT, FL, IL, MD, MI, NJ, NY, TN, TX, y Washington DC) (en inglés)
- [Hall Render Killian Heath & Lyman](#) (AK, CO, IN, MD, MI, NC, TX, WA, WI, y Washington DC) (en inglés)
- [Napoli Shkolnik PLLC](#) (Washington DC) **(en español)**
- [Psych Appeal](#) (CA) (en inglés)
- [Zuckerman Spaeder](#) (FL, MD, NY, y Washington DC) (en inglés)

