

Insurance Resource Center for Autism & Behavioral Health



Eunice Kennedy
Shriver Center

Insurance Resource Center for
Autism and Behavioral Health

 @IRCABH 774-
 455-4056

 www.massairc.org
 airc@umassmed.edu



Imagen recortada de un grupo de personas no reconocibles tomadas de las manos

Denegaciones y apelaciones de seguros

¿Qué es una denegación de seguro?

Una denegación es cuando su compañía de seguros se niega a pagar o rechaza la responsabilidad de pagar los servicios médicos o el tratamiento que se le ha proporcionado a usted o a un miembro de la familia. La denegación puede aplicarse a un servicio que ya se ha recibido o a uno que aún no se ha prestado. Por lo general, cuando usted o un miembro de su familia recibe servicios o tratamiento médico, su proveedor de atención médica presenta una solicitud de pago a su compañía de seguros, la compañía de seguros paga al proveedor y usted recibe una Explicación de Beneficios (EOB, por sus siglas en inglés) de la compañía de seguros que incluye el tratamiento, la fecha del servicio, lo que está cubierto y lo que el proveedor puede facturarle (copagos, coseguro o deducible). Si la compañía de seguros cuestiona su responsabilidad de pagar el tratamiento o servicio, le envía una carta EOB explicando por qué se niega a pagar (una parte o todos) los servicios o tratamiento facturados o propuestos por su proveedor de atención médica.

En el caso de los servicios de salud conductual, ¿qué pasa si la aseguradora solo autoriza una parte de las horas solicitadas?

Una autorización parcial es lo mismo que una denegación parcial. En algunos casos, la aseguradora puede “negociar” con el proveedor para aprobar la reducción de horas de lo que solicita el proveedor. Esto se puede apelar, pero puede requerir que el proveedor o la familia soliciten que la aseguradora emita una denegación para apelar las horas reducidas. Si está apelando una denegación parcial, en muchos casos el proveedor puede continuar brindando servicios a su hijo durante el número de horas autorizado en el plan de tratamiento anterior. Por ejemplo, si su hijo ha estado recibiendo 10 horas de terapia de análisis de comportamiento aplicado (ABA, por sus siglas en inglés) por semana, pero la aseguradora solo aprobó 6 horas por semana en la solicitud de reautorización, el proveedor generalmente puede continuar con las 10 horas por semana durante el proceso de apelación. El proveedor debe informar a la aseguradora que está apelando la denegación y esperar que los servicios estén cubiertos conforme a la continuidad de la atención mientras se procesa la apelación.



Niños asiáticos discapacitados y niña autista aprendiendo a colorear/pintar en la escuela

¿Qué es una necesidad médica y cómo se relaciona con una denegación de servicio?

La necesidad médica es un estándar utilizado por una compañía de seguros para determinar si el tratamiento o los servicios son apropiados y efectivos dadas las necesidades de salud de un paciente y basados en evidencia científica. Cada aseguradora o plan de salud incluirá una lista de requisitos que deben cumplirse para tomar esta determinación. Si una aseguradora emite una denegación parcial o total, generalmente se debe a la "falta de necesidad médica". Sin embargo, a veces hay otras razones para una denegación; estas deben explicarse en la carta de denegación.

¿Cuáles son mis opciones si recibo una denegación?

Tiene varias opciones cuando recibe una denegación. Es importante que primero revise detenidamente la carta de denegación para que entienda qué se le deniega y por qué. La carta de denegación no solo debe explicar el motivo de la denegación, sino incluir información sobre el proceso para apelar y los plazos. También es conveniente que revise los documentos de su cobertura para determinar el tipo de plan que tiene, ya que eso aclarará qué leyes y normas se aplican. Un buen primer paso puede ser ponerse en contacto con el departamento de Recursos Humanos (RR. HH.) de su empleador, si es algo con lo que se siente cómodo. Los departamentos de RR. HH. suelen tener mejores contactos en las compañías de seguros que pueden ayudar a resolver los problemas sin necesidad de apelar formalmente. En su lugar, puede decidir apelar. Aunque el proceso de apelación puede parecer desalentador, es eficaz, y nuestra experiencia nos dice que la mayoría de las denegaciones terminan siendo anuladas cuando se apelan. Además, también tiene la opción de presentar una queja formal. (Este proceso no está explicado en esta hoja informativa, pero puede obtener más información en el Insurance Resource Center).

¿Qué debo hacer primero si decido presentar una apelación?

En primer lugar, debe pedir a su compañía de seguros una copia del "expediente del reclamo" y de cualquier documento relacionado con la denegación. También puede solicitar una transcripción o registro de las llamadas telefónicas. Debe hacer esta solicitud por escrito, en lugar de por teléfono. El expediente del reclamo incluye una copia de los criterios o estándares que la aseguradora utilizó para evaluar el reclamo y todos los documentos relacionados con este. Su aseguradora está obligada a proporcionárselo sin cargo.

También debe tener en cuenta los plazos del plan (fechas límite) para presentar una apelación, de modo que pueda hacerlo a tiempo. Normalmente, las apelaciones deben presentarse en un plazo de 180 días, pero confírmelo con su plan.

¿Cuándo recibiré una copia del expediente de mi reclamo y del registro de llamadas telefónicas?

Su aseguradora tiene 30 días para cumplir con su solicitud.

¿Qué debo hacer después de recibir el expediente de mi reclamo?

Hable con su proveedor sobre la denegación y bríndele una copia de la notificación de denegación en el caso de que no la haya recibido. Solicite toda la información, incluidos los registros médicos, que respalde su apelación. Solicite una carta de respaldo de su proveedor para incluirla en su apelación. Nota: La carta de denegación puede enviarse directamente al proveedor.

Los proveedores suelen estar en la mejor posición para responder a las apelaciones basadas en la necesidad médica. Si su proveedor está dispuesto a presentar la apelación en su nombre, asegúrese de incluir todas las autorizaciones del plan que sean necesarias.

¿Debo presentar mi apelación por escrito o puedo hacerlo por teléfono?

Es importante que su apelación sea por escrito para garantizar que no se malinterprete ni tergiversarse su postura.

¿Qué información debo incluir en mi carta de apelación?

Debe incluir toda la información del miembro y del plan de seguro, incluida una copia de la carta de denegación, la fecha del servicio denegado, y el nombre y el tratamiento del proveedor. Utilice citas directas del documento de denegación y mencione los criterios que el plan de salud aplicó al denegar su reclamo (por ejemplo, que el servicio o tratamiento no era "médicamente necesario"). Enumere las razones por las que cree que los servicios o tratamientos sí cumplen con los criterios. Asegúrese de abordar cada requisito por separado. Trate de expresarse con la mayor claridad posible y proporcione referencias a sus registros médicos. Incluya una carta de respaldo del médico, copias de todos los registros médicos y una declaración personal sobre lo que este tratamiento o servicio significa para usted o su ser querido (por ejemplo, el impacto en su vida diaria).

Si cree que las pautas de necesidad médica de la compañía de seguros no se alinean con los estándares de cuidado generalmente aceptados, deberá explicar por qué.

¿Cuánto tiempo le llevará a la aseguradora tomar una decisión sobre mi apelación?

Si el servicio aún no se recibió, la aseguradora debe emitir una decisión dentro de los 30 días. Si se trata de la denegación de un tratamiento que ya recibió, la decisión debe tomarse dentro de los 60 días.

¿Cuántas veces puedo apelar una denegación?

Muchas aseguradoras permiten que se realicen dos apelaciones internas antes de poder solicitar una revisión externa de la denegación. Es posible que se le solicite que agote el proceso de revisión interna de la aseguradora antes de solicitar una revisión externa.

¿Qué pasa si mi aseguradora ofrece un proceso de apelación rápida?

Por lo general, no es recomendable que acepte esta opción. Es posible que una apelación acelerada no le dé tiempo suficiente para obtener copias de los registros médicos y otra información pertinente, y a menudo no le da a su proveedor el tiempo suficiente para abordar el motivo o los motivos de la denegación. Sin embargo, una revisión rápida puede ser adecuada cuando se necesita una decisión urgente y rápida.

¿Qué es una revisión externa?

Se trata de una revisión de la denegación por parte de una organización de revisión independiente (IRO, por sus siglas en inglés) no asociada con la aseguradora. Por lo general, la revisión externa solo está disponible cuando el motivo de la denegación es que el servicio o tratamiento solicitado no se consideró médicamente necesario o por otro motivo similar.

¿Puedo apelar los límites anuales del plan para terapia física, ocupacional y del habla?

Sí. Siga las instrucciones detalladas anteriormente. Su apelación se basará en la Ley Federal de Igualdad en Salud Mental, que establece que su plan de salud no puede imponer un estándar más estricto para los beneficios de salud mental que para los beneficios médicos o quirúrgicos. Incluso si su plan tiene límites para la terapia física, ocupacional o del habla para otras enfermedades, según las leyes de igualdad en salud mental, es posible que estos no sean aplicables si la terapia es para tratar el autismo. Comuníquese con el Centro para obtener información sobre la Ley de Igualdad en Salud Mental.

¿Puedo apelar una denegación que no se basa en un límite numérico (por ejemplo, máximo de visitas excedido) pero que igual limita los servicios?

Sí. Los planes de salud pueden tener una serie de procesos, estándares y otros factores que no se expresan numéricamente, pero que igual limitan la duración o el alcance de los beneficios. Estos tipos de limitaciones de tratamiento también pueden ser infracciones a la Ley de Igualdad en Salud Mental si se aplican de manera más estricta a los beneficios de salud conductual que a los beneficios médicos o quirúrgicos. Estos tipos de limitaciones de tratamiento no cuantitativas (NQTL, por sus siglas en inglés) incluyen cosas como los requisitos de necesidad médica y autorización previa del plan. Por ejemplo, las familias pueden cuestionar una denegación cuando ha habido un escrutinio excesivo sobre un diagnóstico (por ejemplo, el plan deniega servicios porque exigen un determinado tipo de pruebas). Otros ejemplos incluyen denegaciones en las que la cobertura se limita en función del nivel de participación de los padres en el tratamiento, o una denegación basada en la ubicación del servicio (por ejemplo, servicios brindados en la comunidad o en otro lugar). Plantear objeciones basadas en NQTL es complejo, por lo que le recomendamos que se comunique con el Centro.

¿El proceso de apelación externa es diferente si tengo un plan totalmente asegurado en lugar de uno autofinanciado?

Sí. Según el tipo de plan, el proceso es el siguiente:

- Plan de salud totalmente asegurado: Se debe enviar una solicitud de revisión externa al [sitio web de la Oficina de Protección del Paciente de Massachusetts \(OPP, por sus siglas en inglés\)](https://www.mass.gov/orgs/office-of-patient-protection) (<https://www.mass.gov/orgs/office-of-patient-protection>) o llamar al 800-436-7757 para obtener más información.
- Plan de salud autofinanciado: Se debe presentar una solicitud de revisión externa al Departamento de Trabajo de EE. UU. Puede acceder a su [portal de recepción de quejas en línea](https://www.askebsa.dol.gov/WebIntake/Home.aspx) (<https://www.askebsa.dol.gov/WebIntake/Home.aspx>) o llamar al 866-444-3272 para hablar con un asesor de beneficios. También puede presentar la solicitud a la oficina local de Massachusetts: Department of Labor, Employee Benefit Security Administration, JFK Federal Bldg., 25 New Sudbury Street, Room 525-A, Boston, MA 02203.
- Con cualquier tipo de seguro (totalmente asegurado o autofinanciado):
 - Debe presentar la solicitud de revisión externa en un plazo de cuatro meses a partir de la denegación de la revisión interna.
 - La ley federal exige que su aseguradora de salud proporcione una revisión externa realizada por una organización de revisión independiente (IRO, por sus siglas en inglés) sin costo alguno para usted.

¿Dónde puedo obtener ejemplos de cartas de solicitud de expedientes de reclamo y de cartas de apelación?

Health Law Advocates (HLA) tiene una guía de apelaciones que está disponible de forma gratuita. Esta guía incluye modelos de cartas que usted y su proveedor pueden utilizar como ayuda para su apelación. Descargue la [guía de apelaciones](https://www.healthlawadvocates.org/get-legal-help/resources/hla-guide-to-appeals) (<https://www.healthlawadvocates.org/get-legal-help/resources/hla-guide-to-appeals>) o llame al 617-338-5241.

[Manual de estrategia de Autism Law Summit](https://autismlawsummit.com/about/the-playbook/) (<https://autismlawsummit.com/about/the-playbook/>). Incluye más información sobre la igualdad en salud mental, ejemplos de cartas de apelación y otra información.



Grupo de niños diversos acostados boca arriba mirando a la cámara

Para obtener información y ayuda adicional, comuníquese con el IRC por teléfono al 774-455-4056 o por correo electrónico a airc@umassmed.edu.

Puede acceder a esta hoja informativa y a otra información importante en nuestro sitio web, www.massairc.org.

Para ver esta hoja informativa en línea, escanee el código QR:



<https://bit.ly/42KhGGL>

El Insurance Resource Center for Autism and Behavioral Health es un programa del Eunice Kennedy Shriver Center de la Facultad de Medicina UMass Chan. El Centro recibe financiamiento parcial a través de subvenciones y contratos de la Oficina Ejecutiva de Salud y Servicios Humanos de Massachusetts (EOHHS, por sus siglas en inglés), el Departamento de Servicios de Desarrollo de Massachusetts (DDS, por sus siglas en inglés), el Departamento de Salud Mental de Massachusetts (DMH, por sus siglas en inglés), el Departamento de Educación Primaria y Especial de Massachusetts (DESE, por sus siglas en inglés), el Departamento de Salud Pública de Massachusetts (DPH, por sus siglas en inglés), la fundación Nancy Lurie Marks Family Foundation, la fundación Doug Flutie Jr. Foundation for Autism, el Bailey's Team for Autism, la fundación Blue Cross Blue Shield Foundation of Massachusetts, el Boston Children's Hospital y la Facultad de Medicina UMass Chan.

Esta hoja informativa se actualizó en
enero de 2025.

Facultad de Medicina UMass Chan

55 Lake Avenue North Worcester, MA 01655-0002. Copyright ©2025. Universidad de Massachusetts. Todos los derechos reservados.