

Guía del consumidor para

presentar reclamos y quejas



Guía del consumidor para resolver disputas con su plan de salud

**State of Wisconsin
Office of the Commissioner of Insurance
P.O. Box 7873
Madison, WI 53707-7873**

**Sitio en Internet de la OCI:
oci.wi.gov**

**La misión de la Office of the Commissioner of Insurance es . . .
Ser los primeros en informar y proteger al
público y satisfacer las necesidades de cada asegurado.**

Si usted tiene una queja específica sobre su seguro, dévela primero a la compañía o agente de seguros involucrado. Si no recibe respuestas satisfactorias, póngase en contacto con la Office of the Commissioner of Insurance (OCI).

Si desea obtener información sobre las distintas formas de plantear quejas de seguros, llame al:
(608) 266-0103 (en Madison) o 1-800-236-8517 (todo el estado)

Domicilio postal

Office of the Commissioner of Insurance

P.O. Box 7873

Madison, WI 53707-7873

Correo electrónico

ocicomplaints@wisconsin.gov

Incluya su nombre, número de teléfono y dirección de correo electrónico.

Sitio en Internet de la OCI

oci.wi.gov

Para su comodidad, tiene a su disposición una copia del formulario de quejas de la OCI al final de esta guía. Asimismo la copia del formulario de quejas de la OCI está disponible en el sitio en Internet de la OCI. Ud. podrá imprimirlo, completarlo y enviarlo a la dirección postal que se indica más arriba.

Se incluye al final de esta guía una lista de publicaciones de la OCI. Asimismo, las copias de las publicaciones de la OCI están disponibles en línea en el sitio en Internet de la OCI.

**Los sordomudos, sordos o personas con dificultades en el habla
pueden comunicarse con la OCI a través de WI TRS.**

Esta guía no es un análisis legal de sus derechos bajo cualquier póliza de seguros o programa de gobierno. Sus derechos serán establecidos por su póliza de seguros, normas de programa, leyes de Wisconsin, leyes federales y decisiones de un tribunal de justicia. Ud. puede consultar a un abogado para solicitar asesoramiento legal sobre sus derechos específicos.

La Office of the Commissioner of Insurance (OCI) no garantiza que la información contenida en esta publicación sea completa, exacta ni actualizada en todo momento. Toda la información está sujeta a modificaciones en forma regular sin previo aviso.

Las copias impresas de las publicaciones se actualizan anualmente a menos que se indique lo contrario. En un esfuerzo por brindar información más actualizada, las publicaciones disponibles en el sitio en Internet de la OCI se actualizan con mayor frecuencia que las versiones en papel para reflejar las modificaciones necesarias. Visite el sitio en Internet de la OCI en oci.wi.gov.

La mayoría de las personas nunca tendrá problemas con su seguro de salud. Pero cuando *sí* tenga una queja con respecto a su plan, tal vez le resulte difícil saber qué pasos debe seguir para resolver el problema.

Este folleto es una guía que lo ayudará a entender el proceso de reclamos y quejas que debe seguirse con todas las pólizas contratadas en Wisconsin. El folleto está organizado en forma de preguntas y respuestas; usted puede leerlo de corrido o dirigirse a una pregunta en particular que le interese. Además, al final del folleto hay una serie de planillas que lo ayudarán a documentar el proceso de queja.

Es importante recordar que no todos los planes de salud están sujetos al proceso de apelación que se presenta en este folleto. Si su plan está financiado por su empleador, entonces está sujeto a la ley federal y no a la ley estatal. Los programas públicos como Medicare y Medicaid también tienen sus propios procesos. Antes de comenzar con el proceso de queja que se describe en este folleto, cerciórese de qué tipo de plan de seguro de salud tiene usted.

¿Qué debo saber sobre mi plan de salud?

¿De qué tipo es mi plan de salud: financiado por el empleador, personal o perteneciente a una asociación?

Si el seguro es financiado por el empleador, significa que el plan de salud lo contrató su empleador, quien es también el tenedor de la póliza. Los planes personales de salud son aquellos que usted contrata por su cuenta y en los que usted es el tenedor de la póliza. Los planes de salud pertenecientes a asociaciones son planes que usted contrata a través de organizaciones de las que es miembro.

¿Cuáles son los procedimientos para mi tipo de cobertura?

Si conoce cuáles son los procedimientos correspondientes a su cobertura y los sigue, es menos probable que tenga problemas cuando se enferme. Por ejemplo, debe saber exactamente cómo presentar una solicitud de reclamación, cuándo puede necesitar autorización previa de su plan, cuándo necesita comunicarse con la compañía, cuáles son sus proveedores, etcétera. Conozca estos procedimientos antes de necesitar atención médica, para minimizar los inconvenientes llegado el momento de tener que lidiar con problemas de salud.

¿Está su proveedor incluido en el plan?

Si usted tiene un plan de atención médica administrada, cerciórese antes de cada visita de que su proveedor esté incluido en este plan, para asegurarse de que recibirá cobertura. Puede verificar esto en el sitio web del plan y llamando a su asegurador u Organización de Proveedores Preferidos (PPO).

¿Qué cubre y qué excluye mi plan de salud?

Usted debe saber exactamente qué procedimientos médicos y medicamentos, etc. están cubiertos por su plan, de modo de no planear procedimientos que no estén cubiertos.

¿Qué sucede si mi plan no cubre algo?

Ningún plan de salud cubre todo; a veces, ni siquiera están cubiertos todos los procedimientos de salud que son médicamente necesarios o para los que no hay otra opción.

Es importante que, como consumidor, solicite a su asegurador que cubra un procedimiento si usted se considera capaz de probar que es un tratamiento efectivo o que se realizará solamente de manera excepcional.

¿Dónde puedo encontrar respuestas a estas preguntas?

Revise sus documentos de afiliado, como la póliza y el certificado. También puede llamar al servicio de atención al cliente de su plan de salud o buscar esta información en su sitio web. Si su plan está financiado por el empleador, puede obtener estas respuestas del encargado de recursos humanos de la empresa.

Es muy importante que guarde todos los documentos pertinentes. Esto incluye su certificado de póliza y otros materiales de afiliación, cualquier tipo de correspondencia recibida de su asegurador, cartas de los proveedores y otros documentos tales como registros médicos y resultados de análisis; también los registros de las llamadas telefónicas a su plan de salud. Las planillas que se adjuntan con este folleto le ayudarán a documentar las conversaciones con su asegurador.

¿Qué sucede si me niegan la cobertura?

Si su plan rechaza una reclamación o solicitud de cobertura, usted recibirá una notificación. Esta notificación de rechazo (o descripción de beneficios) debe explicar por qué su asegurador ha rechazado su reclamación. Su plan de salud debe darle una razón específica para el rechazo.

¿Qué debo hacer si tengo una queja?

Muchas quejas y preguntas pueden resolverse de manera informal llamando a la línea de atención al cliente de su plan. Muchos planes de salud también tienen sitios web que pueden ayudarlo a resolver sus quejas. Si tiene preguntas sobre cómo presentar una queja ante su asegurador, llame a la OCI al 800-236-8517 o visite el sitio web en oci.wi.gov para obtener ayuda.

Es muy importante que guarde todos los documentos pertinentes. Esto incluye su certificado de la póliza y otros materiales de afiliación, cualquier tipo de correspondencia

recibida de su asegurador, cartas de los proveedores y otros documentos tales como registros médicos y resultados de análisis, y también los registros de llamadas telefónicas que haya realizado a su plan de salud.

¿Qué sucede si no estoy satisfecho con los resultados de mi queja?

Usted aún tiene derecho a presentar una queja. La notificación de rechazo tal vez explique cómo hacerlo o, de lo contrario, cómo encontrar las instrucciones pertinentes. La notificación de rechazo también incluye información sobre su derecho a que una Independent Review Organization (IRO) revise su reclamo.

¿Qué es una queja?

Una queja es cualquier insatisfacción con la provisión de servicios o las prácticas de reclamación de un asegurador que ofrece un plan de prestaciones médicas o con la administración de un plan de prestaciones médicas por parte del asegurador, expresada por escrito y dirigida a la compañía de seguros por el asegurado o en nombre de él. Por ejemplo, usted puede presentar una queja cuando le rechazan una reclamación y usted cree que necesita un especialista y su plan rechaza esta solicitud de derivación, o su plan de salud no cubre un tratamiento que usted cree que necesita, o cuando la calidad del tratamiento que recibe es deficiente.

En algunos casos, puede ser necesario un proceso de reclamo urgente. Un reclamo urgente es uno donde se cumple alguna de las siguientes condiciones:

- El lapso de tiempo para la resolución de una queja normal pondría en serio riesgo su vida o su salud, o le dificultaría la recuperación plena de sus capacidades.
- Su médico solicita el proceso urgente debido a que su padecimiento es demasiado grave para controlarlo adecuadamente sin el cuidado o el tratamiento que usted solicita.
- Su médico determina que la queja debe tratarse como un reclamo urgente.

¿Cómo presento una queja ante mi plan de salud?

Puede presentar una queja enviando una carta a su plan de salud. Tenga en cuenta los siguientes puntos cuando escriba y envíe su carta:

- Identifíquese, incluyendo su nombre, domicilio y número de identificación de su plan de salud.
- Explique el problema; sea específico en relación con las fechas de servicio, la notificación de rechazo, los resúmenes de las conversaciones telefónicas y por qué cree que la decisión del plan está equivocada.
- Base su argumentación en los términos de la póliza; si está solicitando una excepción, explique de qué manera el hecho de brindar la cobertura puede beneficiar al plan, por ejemplo, al evitar un tratamiento más costoso que sí esté cubierto.
- Explique claramente cuál es la solución que desea para su queja.
- Incluya fotocopias de cualquier documentación que sirva para respaldar el reclamo, como registros médicos, derivaciones, cartas de apoyo de los médicos y artículos de publicaciones médicas con referato (publicaciones revisadas por especialistas). Si su queja involucra un problema médico, puede hablar con un médico y preguntarle si tiene registros que puedan respaldar su postura.
- Escriba la carta en estilo comercial.
- Si otra persona está presentando la queja por usted, incluya una nota, firmada por usted, donde autorice a esa persona a actuar en su nombre, ya que la mayoría de los planes lo requerirán.
- Envíe la carta a la dirección que aparece en la notificación de rechazo o en el certificado de la póliza.

¿Qué sucede después?

Su plan de salud debe enviarle un acuse de recibo dentro de los cinco días hábiles tras haber recibido la carta. Si no recibe un acuse de recibo, llame a su plan. Algunos planes revisarán su queja e intentarán resolver el problema de manera informal.

¿Puedo estar presente en la revisión de mi queja?

Sí, pero su presencia no es obligatoria. Su plan de salud debe enviarle una notificación con el horario y el lugar de la reunión, al menos con siete días de anticipación. Usted tiene derecho a presentarse en persona o por teleconferencia ante el panel revisor de quejas y puede presentar información por escrito o en forma oral y hacer preguntas a quienes toman la decisión.

El panel revisor de quejas debe incluir al menos un individuo autorizado para tomar medidas correctivas, un asegurado que no sea parte del plan, si es posible, y no puede haber nadie que haya tomado la determinación inicial. No es necesario que el panel incluya un profesional médico, pero debe consultar a uno cuando sea apropiado.

¿En cuánto tiempo obtendré respuesta de parte de mi plan de salud?

Su plan debe enviarle una carta con la resolución de la queja dentro de los 30 días de la recepción inicial de la queja. El plan puede extender por otros 30 días el plazo para la decisión, pero debe enviarle una notificación escrita con explicación del motivo de la extensión.

Cuando finalmente reciba una respuesta, será en una carta donde constará la aceptación o el rechazo de su queja. Si su queja es rechazada, la carta debe explicar si hay opciones adicionales, como el derecho a una revisión independiente. La carta debe estar firmada por uno de los miembros votantes del panel e incluir los títulos de todos los miembros del panel.

¿Qué es una revisión independiente?

El proceso de revisión independiente le brinda la oportunidad de que profesionales médicos que no tienen conexión con su plan de salud revisen su disputa. Usted elige la IRO (organización de revisión independiente) de una lista de organizaciones certificadas por la OCI. La IRO asigna la disputa a un revisor clínico profesional que sea experto en el tratamiento de su problema médico. La IRO tiene la autoridad para determinar si el plan de salud debe cubrir el tratamiento.

El proceso de revisión independiente tiene como finalidad facilitarle la obtención de una decisión independiente en un plazo relativamente corto. Usted puede solicitar una revisión independiente cuando su plan de salud le niegue la cobertura para un tratamiento basándose en que no es médicamente

necesario, según lo define el plan, o que es experimental. No puede solicitar una revisión independiente si el tratamiento solicitado no es una prestación cubierta por su plan de salud.

¿Quién?

¿Quién lleva a cabo la revisión independiente?

Las IRO certificadas por la OCI conducen las revisiones independientes. A fin de obtener la certificación, la IRO debe demostrar que es imparcial y que tiene procedimientos para asegurar que sus revisores clínicos profesionales sean calificados e independientes.

¿Cuándo?

¿Cuándo puedo solicitar una revisión independiente?

Usted puede solicitar una revisión independiente cuando su asegurador base su decisión de denegarle cobertura en una determinación respecto del carácter médicamente necesario o experimental del tratamiento. En la mayoría de los casos, no puede solicitar una revisión independiente hasta que haya completado el proceso interno de queja, pero puede omitir este proceso si tanto usted como el asegurador están de acuerdo, o la IRO está de acuerdo, respecto de que un retraso en la recepción del tratamiento puede poner en peligro su salud. El reclamo para el que solicita una revisión independiente también debe alcanzar cierto importe mínimo (que varía) y solicitarse dentro de los cuatro meses de la fecha indicada en la carta de resolución de su queja.

¿De qué manera?

¿Cómo solicito una revisión independiente?

Elija una IRO de la lista proporcionada por el asegurador. Luego envíe por escrito una solicitud de revisión independiente a la compañía de seguros.

Asegúrese de incluir:

- su nombre, dirección y número de teléfono;
- un cheque por \$25 pagadero a la orden de la IRO de su elección (esta suma le será reembolsada si la IRO resuelve la disputa a su favor);
- una explicación de por qué usted cree que debería cubrirse el tratamiento;
- cualquier información o documentación adicionales que respalden su postura (fotocopias);

- si otra persona está presentando esta solicitud en su nombre, una declaración firmada por usted donde autorice a tal persona a ser su representante; y
- cualquier otra información solicitada por su asegurador.

Su asegurador debe haberle suministrado, junto con la correspondiente decisión por escrito sobre la queja, una lista de las IRO certificadas e información detallada sobre cómo solicitar una revisión.

Después de haber recibido la información, el asegurador debe enviar a la IRO, dentro de los cinco días hábiles, todos los registros médicos relevantes y otros documentos utilizados para tomar su decisión. Luego, la IRO cuenta con cinco días hábiles para revisar la información y solicitarle al asegurador o a usted cualquier información adicional que pueda necesitar.

Procedimiento

¿Qué hará después la IRO?

Primero, la IRO revisará la solicitud para verificar que no tenga ninguna conexión con el asegurador o el proveedor de servicios de salud. Después, revisará el reclamo para determinar si está completo. Puede solicitarle a usted o a su asegurador información adicional.

Cuando la IRO tenga toda la información necesaria, tiene 30 días hábiles para tomar una decisión. El reclamo se envía a un revisor clínico profesional que tenga experiencia relevante. Al revisar un caso que implica una necesidad médica, la IRO y sus revisores deben considerar toda la documentación, incluso los registros médicos, la recomendación del proveedor que lo atiende, los términos de la cobertura de su plan de salud, el fundamento de la decisión anterior del asegurador y toda evidencia médica o científica. La decisión sobre un caso de tratamiento experimental debe limitarse a si el tratamiento propuesto es experimental. Después de 30 días, la IRO le enviará la carta con la decisión a usted y a su asegurador.

¿Qué sucede si necesito atención médica ya?

Si usted cree que necesita tratamiento de manera urgente y no puede esperar 30 días, por miedo a poner en riesgo su salud o su vida, entonces tal vez pueda solicitar un proceso urgente. Su médico debe estar de acuerdo en que

el proceso de resolución de queja debe ser urgente. Este tipo de proceso debe resolverse en 72 horas.

Envíe su solicitud simultáneamente a su asegurador y a la IRO. El personal médico de la IRO revisará su solicitud y tiene autoridad para determinar si el proceso de queja puede omitirse. Se le informará de la decisión en 72 horas o tan pronto como su estado de salud lo requiera.

¿Tengo otras opciones?

Si ya ha pasado por el proceso de queja y aún no está satisfecho con los resultados, usted puede:

- Presentar una queja ante la OCI.
- Comunicarse con el Managed Care Specialist (especialista en atención médica administrada) de la OCI, quien responderá sus preguntas sobre sus derechos y responsabilidades, incluidos su derecho a presentar una queja y a solicitar una revisión independiente. El especialista también puede ayudarlo en situaciones urgentes.
- Contratar a un abogado.
- Llevar su queja ante un juzgado de menor cuantía.
- Tal vez su empleador cuente con expertos en seguros que puedan ayudarlo.
- También puede ser útil comunicarse con el Department of Labor, el Center for Medicare/Medicaid Services o el Department of Health and Family Services para solicitar ayuda en relación con su queja.

[] ¿Necesito una autorización antes de ir a ver a un especialista médico?

[] ¿Cuáles son los procedimientos para obtener tratamiento en caso de emergencia y que me reembolsen el pago, tanto en mi lugar de residencia como fuera de la ciudad?

[] Si tengo una enfermedad crónica, ¿cómo la tratará el plan?

[] ¿Mi plan de salud cubre los medicamentos recetados?

[] Si deseo probar terapias médicas alternativas, como acupuntura o tratamiento quiropráctico. ¿Las cubrirá mi plan de salud?

[] ¿El proveedor cubre todos los costos médicos por embarazo?

Paso 3: Escriba la carta

Cerciórese de incluir la siguiente información cuando escriba su carta de queja:

- ¿Incluí mi nombre, domicilio, número de teléfono y número de identificación de mi póliza?
- ¿Expliqué en detalle el problema, incluyendo:
 - fechas de servicio?
 - resumen de las conversaciones telefónicas?
 - motivos por los cuales creo que la decisión del plan está equivocada?
- ¿Me basé en los términos de la póliza?
- ¿Expresé claramente cuál es la resolución que deseo?
- ¿Incluí fotocopias de todos los documentos que respaldan la queja?
- Si otra persona está enviando la queja en mi nombre, ¿incluí una nota con mi firma?
- ¿Envié la carta a la dirección que aparece en la notificación de rechazo?