

Apelaciones de Tecnología Asistencial: Seguro Privado

Assistive Technology Appeals: Private Insurance

Esta hoja informativa explica los pasos a seguir cuando un plan de seguro médico privado niega la cobertura de tecnología asistencial. La mayoría de los planes de seguros privados utilizan el término "equipo médico duradero" o DME en lugar de tecnología asistencial.

Para obtener información sobre cómo apelar las negaciones de Asistencia Médica, vea nuestra hoja informativa [Apelaciones de Tecnología Asistencial: Asistencia Médica](#).

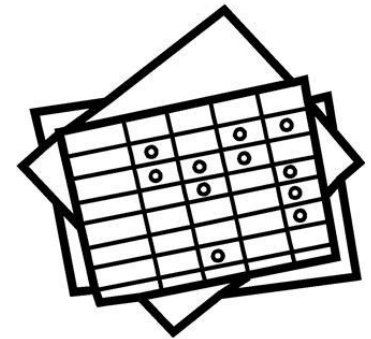
¿Cubren los planes de seguros privados el DME?

La mayoría de los planes cubren algún DME. Los planes pueden usar diferentes definiciones para lo que cuenta como DME, pero la mayoría incluye al menos alguna cobertura para cosas como sillas de ruedas, andadores y otros equipos médicos comunes. No todos los planes ofrecen cobertura para el mismo DME. Por ejemplo, algunos planes cubren los dispositivos de generación de voz, mientras que otros no.

¿Cómo sé cuál es el DME que está cubierto por mi Plan?

Antes de inscribirse en un plan, lea una descripción de lo que está cubierto. Muchos planes utilizan una tabla que describe los beneficios. Fíjese si su DME está cubierto. Esto le ayudará a decidir si el plan es bueno para usted.

Una vez que se haya inscrito en el plan, debe obtener un manual que describe los beneficios del plan en detalle. Si no recibe un manual, pídale. El manual de beneficios tiene mucha información que puede necesitar.



¿Cómo sabré si mi Plan rechaza la cobertura?

El proveedor del DME (el lugar donde usted comprará el artículo) presenta una solicitud al Plan para su DME. A veces la solicitud se presenta antes de que usted reciba el artículo. Debe recibir una carta del Plan que le indique si se aprueba o se rechaza el artículo. Si no recibe una carta, llame a su proveedor para ver si el Plan se comunicó con él.

A veces la solicitud se presenta después de que usted ya recibió el artículo y el proveedor quiere que se le pague. Una vez que se envía el pago al proveedor, usted recibe una Explicación de Beneficios (*Explanation of Benefits* - EOB) que incluye el artículo, lo que está cubierto, cuánto pagó el Plan y lo que el proveedor puede facturarle.

¿Cuáles son algunas de las razones comunes por las que los planes no pagan el DME?

La negación podría decir:

- El dispositivo no es médicamente necesario
- Un dispositivo que cuesta menos puede satisfacer sus necesidades médicas
- El dispositivo no está cubierto o está excluido de la cobertura
- El dispositivo es experimental

¿Pagará mi plan el costo total del DME?

Muchos Planes no cubren el costo total. Usted puede ser responsable de un co-pago, co-seguro o un deducible. Su manual de beneficios debe indicarle qué parte del costo debe pagar.

¿Qué puedo hacer si mi Plan rechaza la cobertura del DME que necesito?

La mayoría de los planes tienen un proceso de apelación interno. Esto también se puede llamar proceso de quejas o reclamos. Si usted no está de acuerdo con la decisión del Plan, puede presentar una apelación o una queja. El proceso de apelación puede ser diferente para cada Plan. Consulte su folleto de beneficios o llame al Plan para obtener información sobre su proceso de apelación.

¿Cuánto tiempo tengo para presentar una apelación interna a mi Plan?

La cantidad de tiempo que tiene para apelar es generalmente limitada. Su manual de beneficios debe tener una sección sobre apelaciones, reclamos o quejas que le indique cuántos días tiene para presentar una apelación. La carta de negación que recibe del Plan también puede indicarle el límite de tiempo.

Presente su apelación dentro de estos límites de tiempo o podría perder su derecho a apelar.



¿Qué debo incluir en mi apelación?

Revise cuidadosamente su manual de beneficios. Debe haber una sección sobre el DME. Revise cualquier carta de su Plan para que entienda por qué se le negó el DME. También puede pedirle a su Plan que le envíe copias de su archivo de reclamo y copias de cualquier política o norma que el Plan haya utilizado para negarle el DME. Esta información debe ser gratuita.

Obtenga copias de sus registros médicos, cartas de sus proveedores de atención médica, como su médico, fisioterapeuta o terapeuta ocupacional, y cualquier otra información que respalde su apelación.

En su apelación, explique por qué cree que la decisión es incorrecta y por qué el Plan debe aprobar su equipo. Si el Plan le negó el equipo diciendo que no es médicamente necesario, obtenga una carta de su médico. La carta debe indicar por qué el equipo cumple con la definición de necesidad médica del Plan y con cualquier otro criterio. Los criterios son las cosas que el Plan considera para ver si el dispositivo es necesario.

Por lo general, el manual de beneficios tiene una definición de necesidad médica y los criterios para la cobertura del DME. Presente su apelación por escrito y guarde una copia para usted. La carta de negación debe indicarle dónde y cómo presentar su apelación.

¿Cuándo tendrá una respuesta a mi apelación?

La mayoría de los Planes emiten una decisión en 30 - 60 días. Si usted tiene una necesidad médica urgente en la que su vida o salud está en peligro, solicite una apelación expeditiva (rápida). Si el Plan está de acuerdo en que su apelación es urgente, recibirá una decisión dentro de un plazo de 72 horas.

¿Qué sucede si no estoy de acuerdo con la decisión de la apelación del Plan?

Puede presentar una queja ante la agencia que supervisa el Plan o solicitar una revisión externa de la decisión del Plan. Debe presentar la queja o la solicitud de revisión externa dentro de los 6 meses posteriores a la fecha de su última negación. Primero, debe averiguar qué tipo de Plan tiene. Esta información debe estar en el manual de beneficios.

En Minnesota, dos agencias estatales regulan los planes de salud privados.

- El Departamento de Salud regula las Organizaciones de Mantenimiento de la Salud (*Health Maintenance Organization - HMO*).
- El Departamento de Comercio regula todos los demás planes de seguros, excepto los planes auto-asegurados.

Llame a la agencia para asegurarse de que supervisan su plan.

Los planes auto-asegurados o auto-financiados por el empleador están regulados por el Departamento de Trabajo de los Estados Unidos. Para obtener más información sobre los planes auto-asegurados, vaya a la página 5.

Otra opción es presentar una demanda. Si usted cree que quiere presentar una demanda, hable con un abogado de inmediato. Hay límites de tiempo para presentar demandas contra las compañías de seguros. Si no presenta la demanda dentro de los límites de tiempo, puede perder el derecho a demandar.



¿Cómo presento una queja sobre la decisión del Plan?

- Si usted está en un plan de HMO, presente una queja al Departamento de Salud de Minnesota. Puede presentar una queja informal por teléfono o puede presentar una queja por escrito.

El Departamento de Salud de Minnesota investigará su queja y decidirá si el HMO siguió la ley y los términos de su plan. No hay costo alguno por presentar una queja y puede presentar una queja al mismo tiempo que apela la negación con el Plan. Para obtener más información o para presentar una queja, comuníquese con el Departamento de Salud de Minnesota al:

(651) 201-5100 (teléfono)
(800) 657-3916 (llamada gratuita)

Hay [más información sobre el Proceso de Quejas del Departamento de Salud](#), incluyendo un formulario de quejas, *(solo en inglés)* en su sitio web. Vaya a: www.health.state.mn.us y siga los siguientes pasos.

- Haga clic en "Health Care Facilities, Providers & Insurance" (*Atención Médica, Instalaciones, Proveedores y Seguro*)
- Haga clic en "Insurance" (*Seguro*)
- Bajo "Managed Care Systems" (*Sistemas de Atención Médica Administrada*) haga clic en "Enrollee Complaint and Appeal Options" (*Opciones de Quejas y Apelaciones de los Inscritos*)

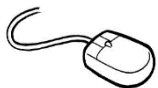
- Si está en un plan que el Departamento de Comercio supervisa, comuníquese con el Equipo de Respuesta al Consumidor para hacer preguntas o presentar una queja.

El Equipo de Respuesta al Consumidor decide si el Plan siguió sus políticas y respetó las leyes y reglas de la práctica comercial de Minnesota. Para más información, o para presentar una queja, comuníquese con el Equipo de Respuesta al Consumidor del Departamento de Comercio de Minnesota:

(651) 539-1600 (teléfono)
1-800-657-3602 (llamada gratuita)



Hay [más información sobre el proceso de quejas por escrito, incluyendo un formulario de quejas](#), *(solo en inglés)* en el sitio web del Departamento de Comercio. Vaya a la página web, <https://mn.gov/commerce>, y siga los siguientes pasos:



- Haga clic en "Consumers" (*Consumidores*) en el menú superior
- Haga clic en "File a Complaint" (*Presentar una queja*) en el menú desplegable

Llene la información y presente su queja en línea.

¿Qué es una revisión externa?

Una revisión externa es una apelación a una organización independiente. La organización independiente está contratada por el Estado de Minnesota. La organización de revisión externa analizará la decisión del Plan y tomará una decisión objetiva sobre si el DME debe ser aprobado o negado.

¿Cuánto cuesta una revisión externa?

Hay una cuota de \$25 por la revisión, pero puede pedir que se le exima la cuota si se trata de una dificultad financiera. Necesita demostrar por qué el pago de la cuota sería una dificultad financiera. Por ejemplo, la cuota puede ser eximida si tiene bajos ingresos, facturas médicas altas o si perdió su trabajo. Debe mostrar documentos que lo demuestren.



¿Cómo puedo pedir una revisión externa de la decisión de la apelación?

Si su plan es un HMO, usted pide una revisión externa a través del Departamento de Salud. Si tiene otro seguro, puede solicitar una revisión externa con el Departamento de Comercio, siempre que no sea un plan auto-asegurado. Debe solicitar la revisión externa dentro de un plazo de 6 meses a partir de la fecha de la última negociación.

¿Cómo solicito una revisión externa con el Departamento de Salud?

Para iniciar el proceso de revisión externa, llene un formulario de revisión externa. Puede obtener [una copia del formulario](#) (solo en inglés) en el sitio web del Departamento de Salud. Vaya a: www.health.state.mn.us y siga los siguientes pasos.



- Haga clic en "Health Care, Facilities, Providers & Insurance" (*Atención Médica, Instalaciones, Proveedores y Seguro*)
- Haga clic en "Insurance" (*Seguro*)
- Bajo "Managed Care Systems" (*Sistemas de Atención Médica Administrada*) haga clic en "Enrollee Complaint and Appeal Options" (*Opciones de Quejas y Apelaciones de los Inscritos*)
- Desplácese hacia abajo y haga clic en "More Information on External Review" (*Más Información sobre la Revisión Externa*)

También puede pedir una copia del formulario por teléfono, correo electrónico o enviando una carta a:

Minnesota Department of Health
Managed Care Systems Section
P.O. Box 64882
St. Paul, MN 55164-0882

(651) 201-5100 (teléfono)
(800) 657-3916 (llamada gratuita)
Email: health.mcs@state.mn.us

Hay más información en el sitio web del Departamento de Salud: www.health.state.mn.us. Haga clic en "Atención Médica, Instalaciones, Proveedores y Seguro."

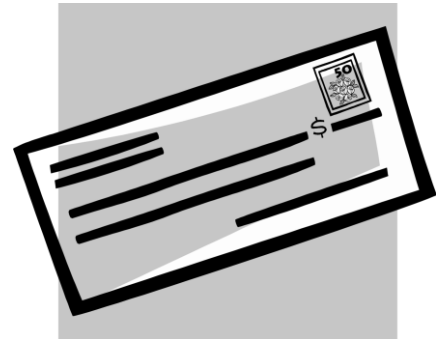
¿Cómo solicito una revisión externa con el Departamento de Comercio?

Si su plan de seguro no es un HMO y no está auto-asegurado, puede pedir una revisión externa con el Departamento de Comercio. Para comenzar el proceso, llene un formulario de revisión externa dentro de un plazo de 6 meses a partir del día de su última reclamación. Puede obtener una copia del formulario en el sitio web del Departamento de Comercio:

<https://mn.gov/commerce>. Haga clic en "Consumers" (*Consumidores*), luego en "Your Insurance" (*Su seguro*) y luego en "Health Insurance" (*Seguro Médico*). Hay un enlace al formulario de apelación externa al final de la página.

También puede comunicarse con el Departamento de Comercio en:

External Review Process
Minnesota Department of Commerce
85 7th Place East
St. Paul, MN 55101



(651) 539-1600 (teléfono) o llame gratuitamente al 1-800-657-3602

¿Debo enviar algún documento con el formulario de revisión externa?

Complete todas las secciones del formulario de revisión externa. Incluya copias de su historial médico, cartas de su médico u otros profesionales de la salud, como un fisioterapeuta o un terapeuta ocupacional. Envíe cualquier información que respalde su apelación.

¿Cuánto tiempo dura el proceso de revisión?

Por lo general, usted recibe una decisión dentro de un plazo de 40 a 45 días después de que el caso se envía a la organización de revisión independiente.

¿Qué es un Plan de salud auto-asegurado?

En un Plan autofinanciado o auto-asegurado, su empleador establece el Plan y paga todos los reclamos de atención médica en lugar de comprar el seguro a través de una compañía de seguros. Puede ser difícil saber si su Plan está auto-asegurado porque a veces el empleador contrata a una compañía de seguros para que administre el Plan y decida qué debe cubrirse o negarse. Como parece que usted está recibiendo su cobertura del Plan privado, es posible que no sepa que su empleador está auto-asegurado.

Si trabaja para una gran empresa o el gobierno, su Plan puede estar auto-asegurado. Si no sabe qué tipo de Plan tiene, pregúntele a su empleador o al administrador del Plan.

¿Quién investiga las quejas sobre los planes de los empleadores auto-asegurados?

La mayoría de los planes auto-asegurados se rigen por la Ley de Seguridad de los Ingresos de Jubilación de los Empleados (*Employee Retirement Income Security Act - ERISA*). El Departamento de Trabajo de los Estados Unidos hace cumplir la ley ERISA. Si usted tiene un Plan Auto-Asegurado, puede comunicarse con el Departamento de Trabajo para obtener ayuda. Comuníquese con ellos en:

Employee Benefits Security Administration	(816) 285-1800 (teléfono)
Kansas City Regional Office	(816) 285-1888 (fax)
2300 Main St., Suite 1100	(866) 444-3272 (llamada gratuita)
Kansas City, MO 64108	

www.dol.gov/ebsa/

Pero el Departamento de Trabajo no regula los planes a través de los distritos escolares, otros municipios o iglesias. Si usted tiene este tipo de Plan, presente una queja con el Plan o presente un caso en el tribunal.

¿Cómo puedo comunicarme con Minnesota Disability Law Center (Centro Legal para Discapacitados de Minnesota)?

Minnesota Disability Law Center proporciona ayuda legal gratuita a las personas con discapacidades en Minnesota. Comuníquese con nosotros en:

Área Metropolitana: (612) 334-5970
Llamada Gratuita: 1-800-292-4150

Minnesota Disability Law Center
111 North 5th Street, Suite 100
Minneapolis, MN 55403

www.mndlc.org



This fact sheet was produced with funds from a System of Technology to Achieve Results (STAR), which is a program of Minnesota's Department of Administration and funded by the Rehabilitation Services Administration in accordance with the Assistive Technology Act of 1998, as amended (P.L. 108-364).

Las hojas informativas son información legal NO asesoramiento legal. Consulte con un abogado para obtener asesoramiento. No use esta hoja informativa si tiene más de un año. Pídanos actualizaciones, una lista de hojas informativas o formatos alternativos.

© 2021 Minnesota Legal Services Coalition. Este documento se puede reproducir y usar sólo para propósitos personales y educativos no comerciales. Todo otro derecho está reservado. Este aviso debe permanecer en todas las copias. La reproducción, distribución y uso con fines comerciales están estrictamente prohibidos.