



California's Protection & Advocacy System
Toll-Free (800) 776-5746

Apelaciones de las decisiones de los seguros privados, incluyendo las Revisiones Médicas Independientes (IMR, Independent Medical Review) de los planes de salud bajo la jurisdicción del Departamento de Atención Médica Administrada (DMHC, Department of Managed Healthcare) o del Departamento de Seguros (DI, Department of Insurance)

Septiembre de 2012, Pub. N.o F072.02 Spanish

En esta guía se explican los pasos a seguir en el caso de que su plan de salud privado deniegue la prestación de un servicio o apoyo. Los servicios y apoyos pueden incluir servicios conductuales, terapia ocupacional o terapia física, por nombrar algunos. Consulte la tercera pregunta y respuesta a continuación sobre los planes de salud sin el beneficio de las IMR de la ley estatal.

¿Qué puedo hacer si mi plan de salud deniega una solicitud?

Puede presentar una queja de acuerdo con lo establecido en el protocolo del plan de salud¹. Ésta puede presentarse por escrito (preferiblemente), por teléfono o por internet en el sitio web del plan. Las quejas corrientes deben atenderse en un plazo de 30 días. Las quejas urgentes deben atenderse en un plazo de 72 horas.² El plan debe proporcionarle una copia de los criterios o las pautas que se siguen para determinar si se autorizará, o no, el servicio solicitado.³ La solicitud de autorización inicial y el estudio de la queja deben ser realizados por un médico “competente para evaluar los problemas médicos concretos” indicados en la apelación.⁴ El plan de salud decidirá entonces si confirma o revoca la decisión inicial.

También puede solicitar una Revisión Médica Independiente (IMR, Independent Medical Review)⁵ a través del Departamento de Atención Médica Administrada (DMHC, Department of Managed Healthcare) o el Departamento de Seguros (DI, Department of Insurance) si el servicio en cuestión es un beneficio cubierto. Puede utilizar la IMR si ha solicitado un tratamiento médicamente necesario y el plan de salud ha denegado, retrasado o alterado los tratamientos por considerar que no son médicamente necesarios; o si el tratamiento ha sido denegado porque se considera experimental o de investigación;⁶ o si el reembolso de los gastos por atención urgente o de emergencia ha sido denegado y usted apela en un plazo de 6 meses.

¹ Título 28 del Código de Reglamentos de California (C.C.R., California Code of Regulations), sección 1300.68, Departamento de Servicios de Atención de Salud de California (DHCS, California Department of Health Services).

² Título 28 del C.C.R., sección 1300.68.01, DHCS.

³ Código de Salud y Seguridad (Health & Safety Code) del Departamento de Atención Médica Administrada, secciones 1363.5 y 1367.01; Código de Seguros (Insurance Code) del Departamento de Seguros, sección 10123.135(f).

⁴ Código de Salud y Seguridad del DMHC, sección 1370.2; Código de Seguros del DI, sección 10123.135(e).

⁵ Título 28 del C.C.R., sección 1300.74.30, DHCS; DI <http://www.insurance.ca.gov/0100-consumers/0020-health-related/0020-imr/#whatisimr>

⁶ Aviso: si el servicio se denegó por considerarse experimental o de investigación, no es necesario que usted siga el proceso de queja antes de solicitar una Revisión Médica Independiente.

¿Qué es una IMR?

El proceso de la IMR tiene como único objetivo resolver los problemas relacionados con las necesidades médicas, el reembolso por servicios de emergencia y las disputas relacionadas con tratamientos experimentales o de investigación. El plan de salud paga el IMR. Un analista, personal médico y asesores legales revisarán la IMR para determinar la cobertura de los beneficios.

¿El proceso de la IMR es aplicable a todos los proveedores de servicios?

No, no es aplicable a los servicios denegados por Medicare; Medi-Cal (servicios de pago o fee for service), atención administrada de Medi-Cal (Medi-Cal Managed Care, en los casos en los que ya se ha presentado una solicitud de audiencia imparcial estatal de Medi-Cal); los planes de la Ley Federal de Seguridad de los Ingresos de Jubilación de los Empleados (ERISA, Employee Retirement Income Security Act) de sindicatos- empleador, de sindicatos o autoasegurados de empleador; ni a las reclamaciones hechas al fondo de compensación de los trabajadores.⁷

¿Cómo solicito una IMR?

Complete el formulario de solicitud de la IMR, disponible en http://www.dmhc.ca.gov/dmhc_consumer/pc/pc_imrapp.aspx. Para los planes que dependen del Departamento de Seguros: <http://www.insurance.ca.gov/0100-consumers/0020-health-related/0020-imr/upload/HCB002IMR.pdf>. Las notificaciones de denegaciones de los planes del Departamento de Seguros incluirán información sobre cómo solicitar una IMR.

Adjunte los documentos pertinentes, incluyendo:

- expedientes médicos (incluidos aquellos de proveedores que no forman parte de su red de salud),

⁷ Título 28 del C.C.R., sección 1300.43 et seq.

- una copia de la carta en la que el plan de salud deniega la solicitud,
- un comunicado de su proveedor en el que se establece que la disputa cumple los requisitos para ser reevaluada,
- un comunicado de su proveedor en el que se indica que la solicitud de servicio o de tratamiento es médicamente necesaria, y/o
- artículos médicos que respalden su postura.

Sea específico sobre el tratamiento que solicita, incluyendo:

- las fechas en las que se prestó el servicio.
- todos los pagos que haya realizado,
- el nombre del proveedor, y
- cualquier circunstancia atenuante.⁸

¿Qué sucederá una vez que haya solicitado la IMR?

La IMR se estudiará y el DMHC o el DI tomarán y adoptarán una decisión. Las decisiones aprobadas por el DMHC o el DI son definitivas y ninguna de las partes puede apelarlas. Usted, su médico y el plan de salud recibirán una copia de la decisión por escrito. El plan de salud debe acatar la decisión en su totalidad. Si la denegación es revocada, el plan de salud debe conceder la autorización para la prestación del servicio en un plazo de 5 días.⁹

⁸ Por ejemplo: si no hay proveedores que pertenezcan a la red disponibles, si no hay especialistas capacitados para tratar su trastorno, etc.

⁹ Consulte este aviso sobre las medidas que el Departamento de Seguros toma contra los planes que no cumplen con las decisiones de las IMR relativas a la terapia del comportamiento: <http://www.insurance.ca.gov/0250-insurers/0300-insurers/0200-bulletins/bulletin-notices-commiss-opinion/upload/Enforcement-of-Independent-Medical-Review-Statutes.pdf>. Consulte también: <http://www.insurance.ca.gov/0100-consumers/0070-health-issues/0025-autism/> y <http://www.insurance.ca.gov/0400-news/0100-press-releases/2011/release096-11.cfm>

¿Puedo investigar el resultado de IMR parecidas?

Sí, puede consultar todas las decisiones sobre IMR del DMHC desde 2001. Para consultar las decisiones de IMR del DMHC, visite: http://www.dmhc.ca.gov/dmhc_consumer/pc/pc_imrdec.aspx. Los resultados de las IMR del DI están categorizadas por diagnóstico y por tratamiento. Consulte: http://interactive.web.insurance.ca.gov/IMR/faces/search?_adf.ctrl-state=lqiun5a28_4

¿Cuánto tiempo tarda en resolverse una IMR?

Normalmente, las IMR tardan 30 días desde que se completa la solicitud. Las IMR urgentes suelen resolverse en un plazo de 3 a 7 días. Las IMR urgentes se utilizan en el caso de situaciones que presentan una amenaza inmediata a la salud. Para solicitar una IMR urgente, su médico debe enviar informes por escrito que demuestren la urgencia de sus necesidades.¹⁰

¿Qué sucede si los servicios se deniegan por motivos de la cobertura de los beneficios?

El proceso de IMR no es aplicable a problemas relacionados con la cobertura de beneficios. No obstante, el DMHC también cuenta con un proceso de reclamación estándar para tratar este tipo de casos. El formulario de reclamación puede obtenerse en: http://www.dmhc.ca.gov/dmhc_consumer/pc/pc_forms.aspx. Si presenta una solicitud de IMR y resulta ser un problema de cobertura de beneficios, ésta se convertirá en una reclamación estándar.

¿Quién puede ayudarme a apelar?

Hay varias personas que pueden ayudarle. El coordinador de servicios de su centro regional es una buena primera opción. Él o ella pueden ayudarle con su plan de salud y, de ser necesario, con el proceso de apelación de la

¹⁰ Título 28 del C.C.R., sección 1300.74.30(d)(4), DMHC; Código de Seguros, secciones 10145.3(c)(2), 10169(j)(3), 10169.2(c).

IMR. También puede ponerse en contacto el defensor legal local de la Oficina para la Defensa de los Derechos de los Clientes (Office of Clients' Rights Advocacy). También puede ponerse en contacto con el Centro de Ayuda del DMHC en el 1 (888) 466 2219 o el 1 (877) 688 9891 (Tel. de texto o TTY). Los empleados del Centro de Ayuda hablan varios idiomas. Alternativamente, si el plan de salud privado depende del Departamento de Seguros, póngase en contacto con el Centro de Ayuda del DI en el 1-800-927-4357.

Disability Rights California is funded by a variety of sources, for a complete list of funders, go to <http://www.disabilityrightsca.org/Documents/ListofGrantsAndContracts.html>.