Hoja informativa sobre el proceso de revisión independiente de Wisconsin

OFICINA DEL COMISIONADO DE SEGUROS

PI-303 (R 12/2014)

Ambas leyes, la ley estatal y la ley federal, dan a las personas el derecho a solicitar una revisión externa independiente cuando su plan de salud niegue o reduzca la cobertura de los servicios médicos en algunas circunstancias. Aunque las leyes son similares, hay algunas diferencias significativas.

Esta hoja informativa ofrece información general sobre el proceso de revisión independiente de Wisconsin. Si usted tiene preguntas específicas sobre cómo se puede aplicar a su situación, comuníquese con su compañía aseguradora o con la Oficina del Comisionado de Seguros (OCI, por sus siglas en inglés).

Al igual que con cualquier otro producto o servicio, en algún momento usted puede tener preguntas o quejas sobre su plan de seguro médico. Puede resolver una queja comunicándose con el departamento de servicio de atención al cliente del plan de salud. Usted también puede presentar una queja por escrito a la compañía aseguradora. Se requiere que todas las compañías aseguradoras que ofrecen planes de beneficios médicos en Wisconsin tengan un proceso interno de quejas para resolver cualquier reclamo que usted pueda tener con el plan. En cualquier momento, usted puede comunicarse con la OCI para tratar su pregunta o problema.

Si usted no está satisfecho con el resultado de su queja, hay otra forma de resolver algunos conflictos que involucran decisiones médicas. Usted o su representante autorizado pueden solicitar que una Organización de Revisión Independiente (IRO, por sus siglas en inglés) revise la decisión de su plan de salud.

¿Qué es una revisión independiente?

Una revisión independiente es un proceso que permite a un experto externo dar un segundo vistazo a su reclamo. Debido a que el revisor no está afiliado a usted ni a la compañía aseguradora, puede llevar a cabo una revisión independiente e imparcial de su reclamo.

¿Qué tipos de conflictos se pueden decidir mediante una revisión independiente?

Hay varios tipos de conflictos que cumplen con los requisitos para una revisión independiente.

Una revisión independiente está disponible siempre que su plan de salud le niegue la cobertura de un tratamiento porque sostiene que el tratamiento no es médicamente necesario o es experimental, incluyendo un rechazo de su solicitud de servicios fuera de la red cuando usted crea que la experiencia clínica del proveedor fuera de la red es médicamente necesaria. Aparte de eso,

el tratamiento debe ser un beneficio cubierto por el contrato de seguro.

Una revisión independiente también está disponible siempre que su plan de salud le niegue la cobertura de un tratamiento basándose en la exclusión por afección preexistente. Además, usted puede solicitar una revisión independiente si la compañía aseguradora rescinde su póliza o certificado de seguro médico. Rescisión significa que la compañía aseguradora cancela retroactivamente su póliza o modifica los términos de la póliza porque sostiene que usted no respondió las preguntas médicas de la solicitud de seguro de forma completa y precisa.

Si usted y su compañía aseguradora no están de acuerdo en si su conflicto cumple o no con los requisitos para una revisión independiente, puede solicitar que sea enviado a la IRO. La IRO decidirá si tiene la autoridad de hacer la revisión.

¿Qué tipos de conflictos no son elegibles para una revisión independiente?

Ningún plan de beneficios médicos cubre todos los gastos médicos. Usted no puede solicitar una revisión independiente si el tratamiento solicitado no es un beneficio cubierto. Por ejemplo, si su póliza excluye específicamente la cobertura del tratamiento para bajar de peso, su solicitud para hacer que la compañía aseguradora cubra su tratamiento para bajar de peso no cumpliría con los requisitos para una revisión independiente, incluso si usted creyera que el tratamiento es médicamente necesario. Además, si su conflicto incluye un problema administrativo, por ejemplo, si su prima fue pagada a tiempo o no, no cumple con los requisitos para una revisión independiente. Sin embargo, usted podría pedirle a la compañía aseguradora que revise sus inquietudes mediante su proceso interno de quejas.

Si usted tiene cobertura a través de Medicare, Medicaid u otro plan federal, o si usted está cubierto mediante el plan con fondos propios de su empleador, no cumple con los requisitos para solicitar la revisión independiente descrita en este folleto. Estos planes, por lo general, tienen un proceso de apelación diferente, que está explicado en sus materiales de afiliado.

¿Quién realiza las revisiones independientes?

El proceso de revisión independiente le ofrece la oportunidad de que su conflicto sea revisado por expertos que no tienen ninguna relación con su plan

de salud. La IRO asigna su conflicto a un revisor que es un colega clínico experto en el tratamiento de su afección médica. El colega clínico que revisa el caso es generalmente un médico certificado u otro profesional médico apropiado. En algunos casos, la IRO también consultará a un abogado o a otro experto en seguros. La IRO tiene la autoridad de mantener o cambiar la decisión del plan de salud.

¿Cuándo puedo solicitar una revisión independiente?

Siempre que su compañía aseguradora tome una determinación de rechazo de cobertura que cumpla con los requisitos para una revisión independiente, ésta debe proporcionarle información sobre sus derechos de apelación, incluidos sus procedimientos internos de quejas y su derecho a solicitar una revisión independiente. También debe explicar cómo obtener información adicional sobre sus procesos internos de quejas y de revisión independiente. En la mayoría de los casos, usted tendrá que completar el procedimiento interno de quejas de su plan de salud antes de solicitar una revisión independiente.

¿Cómo solicito una revisión independiente?

La decisión final por escrito de la compañía aseguradora sobre su queja debe incluir una notificación que explique cómo solicitar una revisión independiente. Envíe su solicitud por escrito para una revisión independiente a la dirección proporcionada en la decisión final de la compañía aseguradora dentro de los 4 meses de la fecha en que se completó el procedimiento de queja.

Asegúrese de incluir:

- su nombre, dirección y número telefónico,
- una explicación de por qué cree que el tratamiento debe recibir cobertura,
- cualquier información o documentación adicional que respalde su postura,
- si otra persona presenta la solicitud en representación suya, una declaración firmada por usted autorizando a la persona a ser su representante, y
- cualquier otra información que solicite su compañía aseguradora.

Su compañía aseguradora debe haberle proporcionado información detallada sobre cómo solicitar una revisión con su decisión por escrito sobre la queja. Si tiene alguna pregunta sobre el proceso, usted también puede llamar al número telefónico gratuito de la compañía aseguradora.

Si tiene algún problema para hacer su solicitud, comuníquese con la OCI a través de la dirección, número telefónico o dirección de correo electrónico que figuran al final de esta hoja informativa.

¿Qué documentos debo proporcionar para ayudar a la IRO a tomar una determinación?

Puede ofrecerle a la IRO cualquier información que crea que respaldará su caso. Esto puede incluir sus registros médicos y resultados de análisis, una carta de

su médico o artículos de investigación de publicaciones médicas revisadas por pares.

¿Qué pasa si necesito asistencia médica ahora?

Por lo general, usted debe completar el procedimiento interno de quejas de su plan de salud antes de solicitar una revisión independiente. Sin embargo, no necesitará completar este proceso si ambos, usted y la compañía aseguradora, aceptan proceder directamente con la revisión independiente o si usted necesita asistencia médica de inmediato.

Si usted necesita un tratamiento médico inmediato y cree que el período de tiempo para resolver una queja interna causaría demoras que pondrían en peligro su vida o su salud, puede solicitar evitar el proceso interno de quejas de la compañía aseguradora. Cuando usted obtuvo su cobertura, su plan de salud debe haberle proporcionado información por escrito explicando el proceso de revisión independiente. También puede llamar al número telefónico gratuito del plan de salud para solicitar información sobre el proceso de revisión independiente. Cuando tenga toda la información que necesita, envíe su solicitud para una revisión independiente acelerada al mismo tiempo que envía a la compañía aseguradora su solicitud de queja acelerada. El director médico u otro profesional médico de la IRO revisará su solicitud y decidirá si se necesita una revisión inmediata. Si es así, revisará su conflicto de forma acelerada. Si la IRO decide que su afección médica no requiere una revisión inmediata de su conflicto, le notificará que primero debe completar el proceso interno de quejas.

¿Cuánto cuesta?

No hay ningún costo por solicitar una revisión independiente. Se requiere que su plan de salud pague los costos de la IRO.

¿Cuánto tiempo lleva el proceso de revisión independiente?

La compañía aseguradora debe enviar todos los registros médicos relevantes y otra documentación utilizada para tomar su decisión, además de toda la documentación que usted envió para respaldar su solicitud, a la IRO dentro de cinco días laborables. A partir de ahí, la IRO tiene cinco días laborables para revisar la información y solicitar cualquier información adicional que pueda necesitar de la compañía aseguradora o de usted. Después de recibir la información que necesita, la IRO tiene un máximo de treinta días laborables para tomar su decisión.

Si la IRO determina que este período de tiempo podría poner en peligro su vida o su salud, la compañía aseguradora debe enviar su documentación dentro de un día y la IRO después tendrá dos días laborables para solicitar cualquier información adicional. La IRO debe notificarle a usted y a la compañía aseguradora acerca de su decisión con un máximo de 72 horas después de recibir la solicitud de revisión.

¿Cómo toma su decisión la IRO?

La IRO debe considerar toda la documentación y otra información proporcionada por usted y por la compañía aseguradora, incluida la evidencia médica o científica, el contrato de seguro correspondiente y cualquier fundamento legal. Puede cambiar el rechazo de una compañía aseguradora basándose en una determinación de tratamiento experimental si establece que el tratamiento ha sido aprobado por la FDA, cuando así se lo solicite, y además, que la evidencia médica y científicamente aceptada demuestra claramente que el tratamiento está comprobado como seguro y que se puede esperar que produzca mayores beneficios que el tratamiento estándar sin suponer un riesgo adverso mayor.

¿Mi plan de salud tiene que cumplir con la decisión?

Sí, la decisión de la IRO es definitiva.

¿Qué pasa si tengo más preguntas?

El departamento de servicio de atención al cliente de su compañía aseguradora debe poder responder a cualquier pregunta que usted tenga con respecto al proceso de revisión independiente.

Puede encontrar más información sobre el proceso de revisión externo federal a través del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos en el sitio web del Centro de información al cliente y errores en la cobertura: <http://cciio.cms.gov/programs/consumer/appeals/index.html>.

También puede comunicarse con la OCI a través de la dirección, número telefónico o dirección de correo electrónico que se detallan más abajo. La OCI tiene un folleto nuevo, *Guía del cliente para quejas y reclamos*, para ayudar con todo el proceso de apelación.

Para su comodidad, se incluye un formulario de queja en el sitio web de la OCI en:

oci.wi.gov/com_form.htm

Para obtener más información sobre cómo presentar una queja, llame al:

(608) 266-0103 (en Madison)
o al 1-800-236-8517 (en todo el estado)

Oficina del Comisionado de Seguros

P.O. Box 7873

Madison, Wisconsin 53707-7873

Correo electrónico: ocicomplaints@wisconsin.gov