



CÓMO PRESENTAR UN RECLAMO DE SUS BENEFICIOS DE SALUD



ADMINISTRACIÓN DE SEGURIDAD DE BENEFICIOS DEL EMPLEADO
DEPARTAMENTO DEL TRABAJO DE EE.UU.

Esta publicación ha sido desarrollada por el Departamento del Trabajo de EE.UU., Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado (EBSA, por sus siglas en inglés).

Para ver esta publicación y otras publicaciones de EBSA, visite al **sitio Web** de la agencia.

Para solicitar publicaciones o para hablar con un asesor sobre beneficios, **comuníquese con EBSA.**

O llame a nuestro número gratuito: **1-866-444-3272.**

Este material estará disponible en formatos alternativos según solicitud para personas discapacitadas.

Teléfono de voz: **(202) 693-8664**

TTY: **(202) 501-3911**

Este folleto es una pequeña guía de cumplimiento de la entidad para efectos de la Ley de Aplicación de Regulaciones de Pequeños Negocios de 1996.

Introducción



Si participa en un plan de trabajo que provee beneficios de salud, este folleto describe algunas de las obligaciones de su plan y explica brevemente los procedimientos y cronogramas para presentar un reclamo de salud.

La Ley de Seguridad de los Ingresos de Jubilación de los Empleados de 1974 (ERISA, por sus siglas en inglés) protege sus beneficios de salud y establece estándares para quienes administran su plan. Entre otras cosas, la ley y las reglas relacionadas incluyen lo siguiente:

- Requisitos para el procesamiento de reclamos de beneficios;
- El cronograma para una decisión; y
- Sus derechos cuando un reclamo es denegado.

Las reglas de los reclamos de beneficios de salud analizadas en este folleto generalmente se aplican a las personas que reciben beneficios de salud de un plan de empleo del sector privado. Sin embargo, existen excepciones para los planes patrocinados por el gobierno o la mayoría de las entidades religiosas.

Si no está seguro de si ERISA se aplica en su caso, comuníquese con el administrador de su plan para obtener mayor información.

Revisión de información de su plan

Cuando se inscriba por primera vez en el plan de su empleador, recibirá un documento llamado el Resumen de la descripción del plan (SPD, por sus siglas en inglés). El Resumen proporciona una descripción general detallada del plan: cómo funciona, qué beneficios provee, cómo presentar un reclamo de beneficios y cualquier limitación que pueda aplicarse. También describe sus derechos y responsabilidades bajo ERISA y su plan. También puede encontrar respuestas a muchas de sus preguntas en el Resumen de beneficios y cobertura (SBC, por sus siglas en inglés), que es un resumen breve y fácil de entender de los beneficios disponibles bajo su plan e información detallada sobre los costos de bolsillo para la cobertura. Si participa en un plan de negociación colectiva de un empleador individual, los procedimientos de presentación de su reclamo, los reclamos y apelaciones también pueden verse afectados por el acuerdo de la negociación colectiva.

Antes de solicitar beneficios, revise el Resumen de la descripción del plan para asegurarse de cumplir con los requisitos del plan y comprender los procedimientos de presentación de reclamos. Algunas veces, los procedimientos de reclamos se encuentran en un folleto por separado. Si no tiene una copia de los procedimientos de reclamos o del Resumen de la descripción de su plan, comuníquese con el administrador de su plan, quien debe proporcionarle una copia. Conserve una fotocopia o documentación similar de su solicitud para sus archivos.

Cómo presentar un reclamo

Un primer paso importante es consultar su Resumen de la descripción del plan y su Resumen de beneficios y cobertura a fin de asegurarse de cumplir con los requisitos de su plan para recibir beneficios. Su plan puede decir, por ejemplo, que tiene que pasar un período de espera antes de que usted pueda inscribirse y recibir beneficios o que un dependiente no está cubierto después de cierta edad. Además, esté al tanto de qué requiere su plan para presentar un reclamo. El folleto de procedimiento de reclamos o Resumen de la descripción de su plan tiene que incluir información sobre dónde y qué presentar y a quién contactar si tiene preguntas acerca de su plan. Si esa información no está en los folletos, escriba al administrador de su plan, al departamento de recursos humanos de su empleador (o la oficina que normalmente maneja los reclamos) o a su empleador para notificarles que tiene un reclamo. Guarde una copia de la carta para sus archivos. También puede enviar la carta por correo certificado, solicitar el acuse de recibo, de modo que tenga un registro de que la carta fue recibida y quién la recibió.

Si un representante autorizado presentará el reclamo en su nombre, su plan puede requerir que usted complete un formulario para designar al representante. El representante autorizado tiene que seguir el procedimiento de reclamos del plan descrito en el Resumen de la descripción del plan. En caso de que un reclamo involucre atención de urgencia, el médico tratante automáticamente puede actuar como su representante autorizado sin que usted tenga que completar un formulario.

Cuando presenta un reclamo, asegúrese de guardar una copia para sus archivos. Nota: Generalmente, los planes no pueden cobrar dinero por presentar reclamos y apelaciones.

Tipos de reclamo

Existen tres tipos de reclamos de salud grupales: atención de urgencia, previo al servicio y posterior al servicio.

Los **reclamos de atención de urgencia** son un tipo de reclamo especial previo al servicio que requiere una decisión más rápida porque su salud podría verse amenazada si el plan se toma el tiempo habitual permitido para decidir un reclamo previo al servicio. Si un médico que conoce su condición médica le informa al plan que un reclamo previo al servicio es urgente, el plan tiene que tratarlo como un reclamo de atención de urgencia.

Los **reclamos previos al servicio** son solicitudes de aprobación requeridas antes de la atención médica, como la autorización previa o una decisión sobre si un tratamiento o procedimiento es médicamente necesario.

Los **reclamos posteriores al servicio** son todos los otros reclamos de beneficios en su plan de salud grupal, incluidos reclamos después de que se hayan proveído servicios médicos, como solicitudes de reembolso o pago de servicios proveídos. La mayoría de los reclamos de beneficios de salud grupales son reclamos posteriores al servicio.

Espera de una decisión sobre su reclamo

ERISA establece límites de tiempo específicos para que los planes evalúen su reclamo y le informen la decisión. Los límites de tiempo se cuentan en días civiles, de modo que los fines de semana y días festivos están incluidos. Los planes deben pagar o proporcionar beneficios dentro de un plazo razonable después de que se aprueba un reclamo, aunque ERISA no especifica un límite de tiempo. Consulte su Resumen de la descripción del plan para saber cómo y cuándo se pagan los beneficios.

TIPO DE RECLAMO	FECHA LÍMITE PARA TOMAR UNA DECISIÓN
Atención de urgencia	Tan pronto como sea posible, y no más de 72 horas después de recibir el reclamo
Previo al servicio	Dentro de un período de tiempo razonable, y no más de 15 días después de recibir el reclamo*
Posterior al servicio	Dentro de un período de tiempo razonable, y no más de 30 días después de recibir el reclamo*

* Tenga en cuenta: Un plan puede extender la fecha límite para tomar una decisión en circunstancias específicas.

Los **reclamos de atención de urgencia** tienen que decidirse tan pronto como sea posible, teniendo en cuenta las necesidades médicas del paciente, y no más de **72 horas** después de que el plan recibe el reclamo.

El plan tiene que informarle dentro de 24 horas si es necesaria más información y darle al menos 48 horas para responder. Luego, el plan tiene que decidir el reclamo dentro de 48 horas después de recibir la información faltante o dentro de 48 horas después de la fecha límite para proporcionar la información faltante, lo que ocurra primero. El plan no puede extender la fecha límite para tomar

la decisión inicial sin su consentimiento. El plan tiene que notificarle que su reclamo a sido otorgado o denegado antes de la finalización del plazo asignado. El plan puede notificarle oralmente siempre y cuando le proporcionen una notificación por escrito a más tardar tres días después de la notificación oral.

Los **reclamos previos al servicio** tienen que decidirse dentro de un período razonable apropiado para las circunstancias médicas, y a más tardar **15 días** después de que el plan recibe el reclamo.

El plan puede extender el período de tiempo hasta 15 días si, por razones que trascienden su control, el plan no puede tomar la decisión dentro de los primeros 15 días. Sin embargo, el plan tiene que notificándole antes de que finalice el primer período de 15 días:

- Explicándole la razón del retraso;
- Solicitar cualquier información adicional, y
- Avisándole cuándo espera tomar la decisión.

Si el plan solicita más información, usted tiene al menos 45 días para proporcionarla. Luego, el plan tiene que decidir el reclamo dentro de 15 días después de recibir la información adicional o dentro de 15 días después de la fecha límite para proporcionar la información adicional, lo que ocurra primero. El plan no puede extender la fecha límite sin su consentimiento. El plan tiene que notificarle por escrito que su reclamo fue otorgado o denegado antes de la fecha límite de la decisión.

Los **reclamos de salud posteriores al servicio** tienen que decidirse en un período de tiempo razonable, y a más tardar **30 días** después de que el plan recibe el reclamo.

El plan puede extender el período hasta 15 días si, por razones que trascienden su control, el plan no puede tomar la decisión dentro de los primeros 30 días. Sin embargo, el plan tiene que notificarle antes de que finalice el primer período de 30 días:

- Explicándole la razón del retraso;
- Solicitando cualquier información adicional necesaria; y
- Avisándole cuándo se espera que tome la decisión.

Si el plan solicita más información, usted tiene al menos 45 días para proporcionarla. Luego, el plan tiene que decidir el reclamo dentro de 15 días después de recibir la información adicional o dentro de 15 días después de la fecha límite para proporcionar la información adicional, lo que ocurra primero. El plan no puede extender la fecha límite sin su consentimiento. El plan tiene que notificarle que su reclamo fue denegado en su totalidad o en parte (pagar cualquier cifra menor que el 100 por ciento de un reclamo es una denegación parcial) antes de la fecha límite de la decisión.

Si deniegan su reclamo, el administrador del plan tiene que enviarle una notificación, por escrito o en forma electrónica. La notificación debe incluir lo siguiente:

- Razones específicas para la denegación (por ejemplo, no es médicamente necesario, no está cubierto por el plan o alcanzó el monto máximo de tratamiento permitido bajo el plan);
- Una referencia a cualquier estipulación específica del plan en las que se basa para la denegación;
- Si la denegación es por falta de información, una descripción de cualquier material adicional necesario y una explicación de por qué es necesario;



- Una descripción de los procedimientos de revisión del plan (por ejemplo, cómo funcionan las apelaciones o cómo iniciar una apelación);
- Si la denegación es en función de las reglas, las pautas o los protocolos, una descripción de las reglas, las pautas o los protocolos en los que se basa la denegación del reclamo, o una declaración de que se proporcionará una copia gratuita de dichos elementos si se solicita;
- Si la denegación se basa en la necesidad médica o el tratamiento experimental, o un límite o exclusión similar, una explicación de la evaluación científica o clínica para la denegación, aplicando los términos del plan a sus circunstancias médicas, o una declaración de que se proporcionará una explicación de forma gratuita cuando se la solicite; y
- Una descripción de su derecho a acudir a los tribunales para recuperar los beneficios pendientes bajo el plan.

Cómo apelar un reclamo denegado

Los reclamos son denegados por diversas razones. Tal vez no es elegible para los beneficios. Quizá los servicios que recibió no están cubiertos por su plan. O quizá el plan simplemente necesita más información sobre su reclamo. Cualquiera sea la razón, usted tiene al menos 180 días para presentar una apelación (consulte su Resumen de la descripción del plan o el procedimiento de reclamos para ver si su plan ofrece un período más prolongado).

Utilice la información que se encuentra en la notificación de denegación de su reclamo al preparar su apelación. El plan tiene que proporcionarle copias de documentos, registros y demás información relevante para su reclamo de forma gratuita si los solicita. También puede solicitar la identidad de cualquier experto médico o vocacional cuyo consejo fue obtenido por el plan. Incluya allí toda la información relacionada con su reclamo, en particular cualquier información o evidencia adicional que desea que el plan considere, y entréguelo a la persona especificada en la notificación de denegación antes de que finalice el período de 180 días.

Revisando una apelación

En la apelación, su reclamo tiene que ser revisado por alguien nuevo que analice toda la información enviada y consulte con profesionales médicos calificados si hay un criterio médico involucrado. Este revisor no puede ser la misma persona que tomó la decisión inicial o el subordinado de esa persona, y el revisor no tiene que considerar la decisión inicial.

El cronograma para que un plan revise su apelación varía en función del tipo de reclamo presentado.

TIPO DE RECLAMO	FECHA LÍMITE PARA REVISAR UNA APELACIÓN
Atención de urgencia	Tan pronto como sea posible, teniendo en cuenta sus necesidades médicas, y no más de 72 horas después de recibir la solicitud para revisar un reclamo denegado
Previo al servicio	Dentro de un período razonable apropiado para las circunstancias médicas, y no más de 30 días después de recibir la solicitud para revisar un reclamo denegado*
Posterior al servicio	Dentro de un período razonable, y no más de 60 días después de recibir la solicitud para revisar un reclamo denegado*

* Tenga en cuenta: Un plan puede extender el cronograma para revisar una apelación con el consentimiento del demandante.

El plan no puede extender la fecha límite sin su consentimiento. Existen dos excepciones a estos límites de tiempo:

- Los planes de negociación colectiva de un empleador individual generalmente pueden utilizar un proceso de queja formal de negociación colectiva para el procedimiento de apelación de sus reclamos si tiene estipulaciones sobre la presentación, determinación y revisión de los reclamos de beneficios.
- Los planes de negociación colectiva de empleadores múltiples tienen cronogramas especiales que les permiten programar revisiones de apelación de reclamos posteriores al servicio para las reuniones trimestrales regulares del consejo directivo.

Si participa en uno de esos planes y tiene preguntas acerca de los procedimientos de su plan, puede consultar el acuerdo de negociación colectiva y el Resumen de la descripción de su plan o ponerse en contacto con la Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado (EBSA, por sus siglas en inglés) del Departamento del Trabajo al **1-866-444-3272**.

Los planes pueden requerir dos niveles de revisión de un reclamo de salud denegado para finalizar el proceso de reclamos del plan. En esos casos, el período de tiempo máximo para cada revisión generalmente es la mitad del período de tiempo permitido para una revisión. Por ejemplo, un plan de salud grupal con un nivel de apelación tiene que revisar un reclamo previo al servicio dentro de un período de tiempo razonable apropiado para las circunstancias médicas y a más tardar 30 días después de que el plan recibe su apelación. Si el plan requiere dos apelaciones, cada revisión tiene que completarse dentro de 15 días para los reclamos previos al servicio. Si su apelación sigue siendo denegada después de la primera revisión, el plan tiene que permitir un período de tiempo razonable (pero no 180 días completos) para presentar la segunda revisión.

Una vez que el plan toma una decisión final sobre su reclamo, tiene que enviarle una explicación de la decisión por escrito. Esta debe incluir lo siguiente:

- Las razones específicas por las que el reclamo fue denegado en la apelación;
- Una referencia a las estipulaciones del plan en las que se basa la decisión;
- Una descripción de cualquier proceso voluntario que el plan ofrece para resolver las disputas por reclamos;
- Una explicación de su derecho a recibir documentos relevantes para su reclamo de beneficios (documentos y registros en los que se basa la decisión y otros documentos preparados o usados durante el proceso) de forma gratuita; y
- Una descripción de sus derechos a buscar una revisión judicial de la decisión del plan.

Reglas adicionales para planes que no son de derechos adquiridos en virtud de la Ley de Cuidado de la Salud a Bajo Precio

La Ley de Cuidado de la Salud a Bajo Precio incluye requisitos adicionales para el procesamiento de reclamos de planes de salud grupales que no son de derechos adquiridos. Los planes que no son de derechos adquiridos son aquellos establecidos, o que han realizado ciertos cambios significativos, después del 23 de marzo del 2010. El proceso de reclamos y apelaciones tiene que cubrir las rescisiones (cancelaciones retroactivas) de cobertura, así como otras denegaciones de beneficios. Ellos, o sus aseguradores, también deben:

- Proporcionarle evidencia o justificación nueva o adicional, y una oportunidad razonable para responder a ella, antes de tomar una decisión final sobre el reclamo;
- Asegurarse de que los reclamos y las apelaciones se adjudiquen de una manera independiente e imparcial;
- Proporcionar detalles en todas las notificaciones de denegación de reclamos sobre el reclamo en cuestión, el motivo de la denegación (incluidos el significado y el código de denegación), cualquier proceso de apelación interna o externa disponible, e información de asistencia al consumidor;
- Proporcionar, a solicitud, códigos de tratamiento y diagnóstico (y sus significados) para cualquier reclamo denegado;
- Proporcionar notificaciones de forma apropiada desde una manera cultural y lingüístico;
- Permitirle comenzar el proceso de revisión externa si el plan no sigue los requisitos de reclamos internos (a menos que la infracción del plan sea mínima); y
- Permitirle volver a enviar un reclamo a través del proceso de reclamos internos si, en ciertas circunstancias, el revisor externo rechaza una solicitud de revisión externa inmediata.

Además, los planes que no son de derechos adquiridos en virtud de la Ley de Cuidado de la Salud a Bajo Precio tienen que proporcionar la revisión externa de las denegaciones de reclamos de una parte independiente. El proceso de revisión externa utilizado por el plan depende de si el plan es autofinanciado o provee beneficios a través de una compañía de seguros. La notificación de denegación del reclamo de su plan describirá el proceso externo y sus derechos. Para solicitar una revisión externa, siga los pasos proporcionados en su notificación de denegación.

Si se deniega su apelación de beneficios de salud

Si la decisión final del plan es denegar su reclamo, tal vez desee buscar asesoramiento legal relativo a sus derechos para objetar la denegación ante los tribunales. Normalmente, tiene que completar el proceso de reclamo de su plan antes de presentar una demanda ante los tribunales para objetar la denegación de un reclamo.

Sin embargo, si cree que su plan no estableció o siguió un procedimiento de reclamos consistente con las reglas del Departamento, quizá desee buscar asesoramiento legal con respecto a su derecho a solicitar a un tribunal que revise su reclamo de beneficios sin esperar una decisión del plan. También puede comunicarse con la oficina de EBSA más cercana para conocer sus derechos si cree que el plan no cumplió con algunos de los requisitos de ERISA en como manejo su reclamo de beneficios.

Cómo presentar un reclamo — resumen

- Consulte el procedimiento de beneficios y reclamos de su plan antes de presentar un reclamo. Lea su Resumen de la descripción del plan y su Resumen de beneficios y cobertura. Comuníquese con el administrador de su plan si tiene preguntas.
- Una vez que se presenta su reclamo, el período de espera máximo admisible para una decisión varía según el tipo de reclamo, y va desde 72 horas a 30 días. Su plan puede extender ciertos períodos de tiempo, pero tiene que notificarlo antes de hacerlo. Usualmente, usted recibirá una decisión dentro de este cronograma.
- Si deniegan su reclamo, tiene que recibir una notificación por escrito, incluida información específica sobre el motivo por el que su reclamo fue denegado y cómo presentar una apelación.
- Tiene al menos 180 días para solicitar una revisión completa e imparcial de su reclamo denegado. Use el procedimiento de apelaciones de su plan y tenga en cuenta que puede necesitar recopilar y enviar nueva evidencia o información para ayudar al plan a revisar el reclamo.
- Revisar su apelación puede llevar entre 72 horas y 60 días, según el tipo de reclamo; el plan necesita su permiso para realizar una extensión. El plan tiene que enviarle una notificación por escrito que le avise si la apelación fue otorgada o denegada.
- Si se deniega la apelación, la notificación por escrito tiene que informarle la razón, describir cualquier nivel de apelación adicional o procedimientos de apelación voluntaria ofrecida por el plan, y contener una declaración relativa a sus derechos a buscar una revisión judicial de la decisión del plan.
- Si se deniega la apelación y su plan no es de derechos adquiridos, la notificación de denegación describirá sus derechos a tener una revisión externa independiente del reclamo denegado. Para solicitar una revisión externa, siga los pasos proporcionados en la notificación.
- Puede decidir buscar asesoramiento legal si la apelación de su reclamo es denegada o si el plan no estableció ni siguió procedimientos de reclamos razonables. Si cree que el plan no siguió los requisitos de ERISA, puede ponerse en contacto con EBSA para hablarlo.

Recursos

Para ver esta publicación y otras publicaciones de EBSA, visite [el sitio Web](#).

Para solicitar publicaciones o la asistencia de un asesor sobre beneficios, comuníquese con nosotros [electrónicamente](#) o llame a nuestro número gratuito al [1-866-444-3272](#).



ADMINISTRACIÓN DE SEGURIDAD DE BENEFICIOS DEL EMPLEADO
DEPARTAMENTO DEL TRABAJO DE EE.UU.