CÓMO PRESENTAR
UNA RECLAMACIÓN PARA SUS BENEFICIOS DE SALUD O INCAPACIDAD

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 en:
dol.gov/ebsa
Para solicitar publicaciones o para hablar con un asesor sobre beneficios,
comuníquese con EBSA electrónicamente a:
askebsa.dol.gov
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**

Esta cuadernillo 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 usted participa en un plan de salud o en un plan que brinde beneficios por incapacidad, usted querrá saber cómo presentar una reclamación por sus beneficios. Los pasos esbozados a continuación describen algunas de las obligaciones de su plan y explican brevemente los procedimientos y los plazos para presentar una reclamación por beneficios de salud o de incapacidad.

Antes de reclamar, sin embargo, tenga en cuenta la Ley de Seguridad de los Ingresos de Jubilación de los Empleados de 1974 (ERISA, por sus siglas en inglés), una ley federal que protege sus beneficios de salud e incapacidad y fija estándares para aquellos que administran su plan. Entre otras cosas, la ley y reglas promulgadas por el Departamento del Trabajo de EE.UU. incluyen requisitos para el procesamiento de las reclamaciones de beneficios, el plazo para tomar una decisión cuando usted hace una reclamación y sus derechos cuando se deniega una reclamación.

La Ley de Cuidado de la Salud a Bajo Precio (también llamada “Obamacare”) incluye otros requisitos para el procesamiento de solicitudes en el caso de planes de salud grupales “sin derechos adquiridos”. Un plan de salud sin derechos adquiridos es aquel que se estableció o incorporó determinados cambios importantes después del 23 de marzo de 2010.

Usted debe saber que la ley ERISA no cubre algunos de los planes de beneficios para empleados (como aquellos patrocinados por entidades del gobierno y la mayoría de las iglesias). Sin embargo, si usted es uno de los millones de participantes y beneficiarios que dependen de los beneficios de salud o incapacidad de un plan para empleados del sector privado, tómese unos minutos para seguir leyendo y aprender más.

Revisión de información de su plan

Un documento clave relacionado con su plan es el resumen de la descripción del plan (SPD, por sus siglas en inglés). El SPD es el folleto que recibe cuando obtiene cobertura por primera vez por parte del plan de su empleador. Ofrece una visión detallada del plan – cómo funciona, qué beneficios ofrece y cómo presentar una reclamación por beneficios. También describe sus derechos así como sus responsabilidades bajo la ley ERISA y su plan. También puede encontrar respuestas a muchas preguntas en el resumen de beneficios y cobertura (SBC, por sus siglas en inglés), que es una descripción breve y fácil de entender los beneficios disponibles en su plan y le ofrece información detallada sobre los costos de desembolso por la cobertura. Para algunos planes de un único empleador negociados colectivamente, usted también debe revisar los procedimientos de presentación de reclamaciones, quejas y apelaciones del acuerdo de negociación colectiva, ya que pueden no aplicar a las reclamaciones por beneficios de salud y incapacidad.

Antes de solicitar beneficios por salud o incapacidad, revise el SPD para asegurarse de que cumple con los requisitos del plan y que entiende los procedimientos para la reclamación. En ocasiones, los procedimientos para reclamaciones están en un cuadernillo aparte que se entrega con su SPD. Si no tiene copia del SPD de su plan o de los procedimientos para reclamaciones, solicítelos por escrito al administrador de su plan. Éste está en la obligación de suministrarle una copia.

Cómo presentar una reclamación

Un primer paso importante es revisar su SPD y su SBC para asegurarse de que cumple con los requisitos de su plan para recibir beneficios. Su plan puede decir, por ejemplo, que debe transcurrir un período de espera antes de poder registrarse y recibir beneficios, o que un dependiente no está cubierto después de determinada edad. También tenga en cuenta lo que su plan exige para presentar una reclamación. El SPD o el cuadernillo de procedimientos para reclamaciones debe incluir información sobre dónde presentarla, qué presentar y a quién contactar si tiene preguntas sobre su plan, tales como el proceso para otorgar una aprobación previa necesaria para beneficios de salud. Los planes generalmente no pueden cobrar ninguna tarifa o costo por la presentación de reclamaciones y apelaciones.

Si, por alguna razón, esa información no está en el SPD ni en el cuadernillo de procedimientos para reclamaciones, escriba al administrador de su plan, al departamento de recursos humanos de su empleador (o la oficina que normalmente maneja las reclamaciones) o a su empleador, notificándoles que usted tiene una reclamación. Guarde una copia de la carta para sus archivos. También querrá enviar la carta por correo certificado, con acuse de recibo, para que tenga un registro de que la carta fue recibida y quién la recibió.

Si quien presenta la reclamación no es usted, sino un representante autorizado, esa persona deberá remitirse al SPD y seguir el procedimiento para reclamaciones de su plan. Su plan puede requerir que llene un formulario para designar al representante. Si es una situación de emergencia, el médico tratante automáticamente puede convertirse en su representante autorizado sin que tenga que llenar un formulario.

Cuando se presenta una reclamación, asegúrese de guardar una copia para sus archivos.

Tipos de reclamación

Todas las reclamaciones por beneficios de salud y incapacidad deben decidirse dentro de un límite específico de tiempo, dependiendo del tipo de reclamación que se presente.

Las reclamaciones de salud en grupo se dividen en tres tipos: Reclamaciones de atención urgente, pre-servicio y post-servicio, y el tipo de reclamación determina qué tan rápido debe tomarse una decisión. El plan debe decidir qué tipo de reclamación es, salvo cuando un médico determina que es necesaria una atención urgente.

Las reclamaciones por atención urgente son un tipo de reclamación pre-servicio especial que exige una decisión más rápida porque su salud se vería amenazada si el plan tomara el tiempo normal permitido para decidir sobre una reclamación pre-servicio. Si un médico que conozca su condición médica le dice al plan que es urgente una reclamación pre-servicio, el plan debe tratarla como si fuera de atención urgente.

Las reclamaciones pre-servicio son solicitudes de aprobación que el plan le exige que obtenga antes de recibir atención médica, tales como una autorización previa o una decisión sobre si un tratamiento o procedimiento es médicamente necesario.

Las reclamaciones post-servicio son todas las demás reclamaciones por beneficios bajo su plan de salud grupal, incluyendo aquellas posteriores a haber brindado los servicios médicos, tales como solicitudes de reembolso o pago de los costos de los servicios brindados. La mayoría de reclamaciones por beneficios de salud grupales son post-servicio.

Las reclamaciones por incapacidad son reclamaciones por beneficios en las que el plan debe hacer una determinación de incapacidad para decidir sobre ellas.

Esperando una decisión sobre su reclamación

Según lo antes indicado, la ley ERISA fija períodos de tiempo específicos para que los planes evalúen su reclamación y le notifiquen una decisión. Los límites de tiempo se cuentan en días calendario, así que se incluyen fines de semana y festivos. Estos límites no rigen cuando los beneficios deben pagarse o proveerse. Si usted tiene derecho a beneficios, revise su SPD para saber cómo y cuándo se pagan. Los planes están obligados a pagar o brindar beneficios dentro de un tiempo razonable después de la aprobación de la reclamación.

Las reclamaciones por atención urgente deben decidirse tan pronto como sea posible, teniendo en cuenta las necesidades médicas del paciente, pero a más tardar **72 horas** después que el plan reciba la reclamación. El plan debe informarle dentro de las siguientes 24 horas si se requiere más información; usted tendrá no menos de 48 horas para responder. Entonces, el plan debe decidir sobre la reclamación dentro de las 48 horas siguientes a que se haya suministrado la información faltante o a que haya terminado el plazo para ello. El plan no puede prolongar el tiempo para tomar la decisión inicial sin su consentimiento. El plan debe notificarle que su reclamación ha sido aprobada o denegada antes del final del tiempo otorgado para la decisión. Puede notificarle verbalmente sobre la determinación del beneficio siempre que se le expida una notificación escrita dentro de los tres días siguientes a la notificación verbal.

Las reclamaciones pre-servicio deben decidirse en un período de tiempo razonable apropiado a las circunstancias médicas, pero a más tardar **15 días** después de que el plan haya recibido la reclamación. El plan puede ampliar el período de tiempo hasta por 15 días adicionales si, por razones que no estén en su poder, la decisión no puede tomarse en los primeros 15 días. El administrador del plan debe notificarle antes del

final de los primeros 15 días, explicando la razón por la demora, solicitando cualquier información adicional e informándole cuándo espera el plan tomar una decisión. Si se solicita más información, usted tiene por lo menos 45 días para suministrarla. El plan entonces debe decidir sobre la reclamación a más tardar 15 días después de que usted suministre la información adicional o después de que el período de tiempo permitido para ello termine, lo que suceda primero. Si el plan desea más tiempo, necesita su consentimiento. El plan debe notificarle que su reclamación ha sido aprobada o denegada antes del final del tiempo otorgado para la decisión.

Las reclamaciones post-servicio deben decidirse en un período de tiempo razonable, pero a más tardar **30 días** después de que el plan haya recibido la reclamación. Si, por razones que no estén en su poder, el plan necesita más tiempo para revisar su solicitud, éste puede ampliar el período de tiempo hasta por 15 días adicionales. Sin embargo, el administrador del plan debe notificarle antes del final de los primeros 30 días, explicando la razón por la demora, solicitando cualquier información adicional necesaria e informándole cuándo se espera tener una decisión. Si se solicita más información, usted tiene por lo menos 45 días para suministrarla. La reclamación debe decidirse a más tardar 15 días después de que usted suministre la información adicional o después de que el período de tiempo permitido para ello termine, lo que suceda primero. El plan necesita su consentimiento si desea más tiempo después de su primera prolongación. El plan debe notificarle que su reclamación ha sido denegada total o parcialmente (con pago inferior al 100 por ciento de la reclamación) antes del final del tiempo otorgado para la decisión.

Las reclamaciones por incapacidad deben decidirse en un período de tiempo razonable, pero a más tardar **45 días** después de que el plan haya recibido la reclamación. Si, por razones más allá de su control, el plan necesita más tiempo para revisar su solicitud, éste puede ampliar el período de tiempo hasta por 30 días. El plan debe notificarle antes del final de los primeros 45 días que necesita más tiempo, explicando el por qué, cualquier asunto no resuelto y cualquier información adicional necesaria, y cuándo espera emitir una decisión final. Si se solicita más información durante cualquier extensión del plazo, usted tiene por lo menos 45 días para suministrarla. La reclamación debe decidirse a más tardar 30 días después de que usted suministre la información adicional o después de que el período de tiempo permitido para ello termine, lo que suceda primero. El administrador del plan puede ampliar el período de tiempo hasta por otros 30 días siempre que le notifique antes de la terminación de la primera prórroga. Para cualquier prórroga adicional, el plan requiere de su consentimiento. El plan debe notificarle si su reclamación ha sido denegada antes del final del tiempo otorgado para la decisión.

Si su reclamación es denegada, el administrador del plan debe enviarle una notificación, por escrito o electrónicamente, con una explicación detallada de por qué la denegación y una descripción del proceso de apelación. Adicionalmente, el plan debe incluir sus reglas, guías, protocolos o exclusiones (tales como necesidad médica o tratamiento experimental) usadas en la decisión o darle instrucciones sobre cómo puede pedir una copia de estos documentos del plan. El aviso también puede incluir una solicitud especial para que usted entregue al plan información adicional en caso que quiera apelar su denegación.

Cómo apelar una reclamación denegada

Las reclamaciones se deniegan por varios motivos. Tal vez no cumpla con los requisitos para obtener los beneficios. Tal vez los servicios que recibió no están cubiertos por su plan. O quizás el plan simplemente necesita más información sobre su reclamación. Cualquiera sea la razón, usted tiene por lo menos 180 días para presentar una apelación (revise su SPD o procedimiento para reclamaciones para ver si su plan le otorga un plazo más largo.)

Use la información en su aviso de denegación de reclamación para preparar su apelación. Usted también debe tener en cuenta que el plan debe brindar a los reclamantes, a solicitud y en forma gratuita, copias de los documentos, registros y otra información relevante para la reclamación de beneficios. El plan también debe identificar, a su solicitud, cualquier experto médico o vocacional cuyo consejo fuera obtenido por el mismo plan. Asegúrese de incluir en su apelación toda la información relacionada con su reclamación, especialmente cualquier información o evidencia adicional que desee que el plan considere y llévela a la persona especificada en el aviso de denegación antes del final del período de los 180 días.

Cómo revisar una apelación

En la apelación, su reclamación debe ser revisada por alguien nuevo que mire toda la información entregada y consulte con profesionales médicos calificados si se involucra un juicio médico. Este revisor no puede ser la misma persona ni un subordinado de la persona que quien tomó la decisión inicial y el revisor no debe considerar dicha decisión.

Los planes tienen períodos específicos para revisar su apelación, dependiendo del tipo de reclamación.

Las reclamaciones por atención urgente deben revisarse tan pronto como sea posible, teniendo en cuenta las necesidades médicas del paciente, pero a más tardar **72 horas** después que el plan reciba su solicitud de revisar una reclamación denegada.

Las reclamaciones pre-servicio deben revisarse en un período de tiempo razonable apropiado a las circunstancias médicas, pero a más tardar **30 días** después de que el plan reciba su solicitud de revisar una reclamación denegada.

Las reclamaciones post-servicio deben revisarse en un período de tiempo razonable, pero a más tardar **60 días** después de que el plan reciba su solicitud de revisar una reclamación denegada.

Si un plan de salud grupal necesita más tiempo, éste debe tener su consentimiento. Si usted no está de acuerdo con conceder más tiempo, el plan debe terminar la revisión dentro del límite de tiempo permitido.

Las reclamaciones por incapacidad deben revisarse en un período de tiempo razonable, pero a más tardar **45 días** después de que el plan reciba su solicitud de revisar una reclamación denegada. Si el plan determina que existen circunstancias especiales y se necesita una prórroga, éste puede tomarse hasta 45 días adicionales para decidir sobre la apelación. Sin embargo, antes de tomar la prórroga, el plan debe notificarle por escrito durante el primer período de 45 días explicando las circunstancias especiales y la fecha en la que el mismo espera tomar una decisión.

Hay dos excepciones para dichos límites. En general, los planes de un solo empleador cuyos beneficios hayan sido negociados por medio de una negociación colectiva, pueden usar un proceso de quejas negociado colectivamente para el procedimiento de apelación de reclamaciones si éste tiene disposiciones sobre presentación, determinación y revisión de las reclamaciones de beneficios. Los planes de múltiples empleadores negociados colectivamente obtienen plazos especiales para permitirles programar revisiones de apelaciones por reclamaciones post-servicio y por incapacidad durante las reuniones trimestrales regulares de sus juntas directivas. Si usted es un participante en uno de estos planes y tiene preguntas sobre los procedimientos de su plan, puede consultar su SPD o contactar la Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado del Departamento del Trabajo (EBSA, por sus siglas en inglés).

Los planes pueden requerir que usted pase por dos niveles de revisión de una reclamación por salud o incapacidad denegada para terminar el proceso de reclamaciones del mismo. Si se requieren dos niveles de revisión, el máximo tiempo para cada revisión generalmente es la mitad de aquel permitido para una revisión. Por ejemplo, en el caso de un plan de salud grupal con un nivel de apelación, como se anotó anteriormente, la revisión de una reclamación pre-servicio debe ser hecha dentro de un período razonable de tiempo apropiado para las circunstancias médicas, pero a más tardar 30 días después de que el plan reciba su apelación. Si el plan requiere de dos apelaciones, cada revisión deberá ser realizada dentro de los 15 días siguientes para reclamaciones pre-servicio. Si su reclamación apelada sigue siendo denegada tras la primera revisión, el plan debe permitirle un período de tiempo razonable (pero no todos los 180 días) para presentar una segunda revisión.

Una vez se tome una decisión final sobre su reclamación, el plan debe enviarle una explicación escrita sobre la decisión. La notificación debe estar en lenguaje sencillo que pueda ser entendido por los participantes del plan. Debe incluir todas las razones específicas para la denegación de su reclamación de la apelación, remitirle a las provisiones de su plan sobre las que se basó la decisión, decirle si el plan tiene algún nivel de apelación voluntario, explicar su derecho a recibir documentos relevantes para su reclamación de beneficios en forma gratuita y describir sus derechos para buscar una revisión judicial de la decisión del plan.

Si su apelación es denegada

Si la decisión final del plan deniega su reclamación, usted puede buscar asesoría legal en relación con sus derechos para iniciar una acción judicial para disputar la denegación. Normalmente, usted debe terminar su proceso de reclamación del plan antes de presentar una acción judicial para disputar la denegación de una reclamación por beneficios. Sin embargo, si usted cree que su plan no ha establecido ni seguido un procedimiento de reclamaciones consistente con las reglas del Departamento descritas en este cuadernillo, usted puede buscar asesoría legal en relación con su derecho de pedir a un tribunal que revise su reclamación

de beneficios sin esperar la decisión del plan. También puede contactar la oficina de EBSA más cercana para preguntar sobre sus derechos si cree que el plan no ha seguido alguno de los requisitos de la ley ERISA en el manejo de su reclamación de beneficios.

Si su apelación es denegada y no está en un plan de salud sin derechos adquiridos, también tiene derecho a una revisión externa de la decisión, como se analiza a continuación. Para saber si su plan es sin derechos adquiridos, consulte los documentos de su plan que describan los beneficios. Si su plan tiene derechos adquiridos, debe estar especificado. Si no hay una indicación sobre este aspecto en sus documentos del plan, es probable que su plan sea sin derechos adquiridos.

Otras protecciones si su plan es sin derechos adquiridos según la Ley de Cuidado de la Salud a Bajo Precio

Los planes de salud sin derechos adquiridos, o las aseguradoras de dichos planes, deben proporcionar otras solicitudes internas y derechos de apelación, y un proceso de revisión externa de los rechazos de solicitudes de beneficios. Las apelaciones y solicitudes internas son sus solicitudes o apelaciones de deniegos revisadas por su plan. Estos derechos rigen también para las rescisiones (cancelaciones retroactivas) de la cobertura.

Las protecciones de apelaciones y solicitudes internas adicionales son las siguientes:

- Proporcionarle evidencia o fundamentos nuevos o complementarios, y la oportunidad de responder a estos, antes de que se tome una decisión final sobre la solicitud.
- Garantiza que las solicitudes y apelaciones se adjudiquen de manera independiente e imparcial.
- Proporcionar detalles sobre la solicitud en cuestión, el motivo del deniego (que incluya el código de deniego y el significado), los procesos de apelaciones internos y externos disponibles, e información sobre la asistencia del consumidor, en todos los avisos de deniego de solicitud.
- Proporcionar, si se solicita, códigos de diagnóstico y tratamiento (y sus significados) para cualquier solicitud denegada.
- Proporcionar avisos de manera adecuada con respecto al nivel cultural y lingüístico.
- Permitirle que comience un proceso de revisión externo si el plan no logra cumplir con los requisitos de solicitudes internas (a menos que la infracción por parte del plan sea insignificante).
- Permitirle volver a presentar una solicitud interna si un pedido inmediato de revisión externa es denegada.

Los planes sin derechos adquiridos también deben proporcionar un proceso de revisión externa de los deniegas de solicitudes a cargo de partido independiente. El proceso de revisión externa usado depende de si el plan es autofinanciado o proporciona beneficios mediante una compañía de seguros. El aviso del deniego de su solicitud por parte de su plan describirá el proceso de revisión externo y sus derechos. Para pedir una revisión externa del deniego de su solicitud, siga los pasos que se indican en su aviso de deniego.

Cómo presentar una reclamación - resumen

- Revise los beneficios y procedimiento de reclamaciones de su plan antes de presentar una reclamación. Lea su SPD y su SBC. Contacte a su administrador del plan si tiene preguntas.
- Una vez que haya presentado su reclamación, el máximo período de espera permitido para una decisión varía según el tipo de reclamación, entre 72 horas y 45 días. Sin embargo, su plan puede ampliar ciertos períodos, pero debe notificarle previamente. Usualmente, usted recibirá una decisión dentro de este plazo.
- Si su reclamación es denegada, usted debe recibir un aviso escrito, incluyendo información específica sobre por qué se denegó su reclamación y cómo apelar.
- Usted tiene por los menos 180 días para solicitar una total y justa revisión de su reclamación denegada. Use el procedimiento de apelaciones de su plan y tenga en cuenta que es posible que tenga que reunir y enviar nueva evidencia o información para ayudar al plan a revisar la reclamación.
- La revisión de su apelación puede tomar entre 72 horas y 60 días dependiendo del tipo de reclamación. La ley y las reglas del Departamento permiten un tiempo adicional al plan de incapacidad si el administrador del plan le ha notificado previamente de dicha necesidad de prórroga. Para una apelación de una reclamación por salud, el plan necesita de su permiso para la prórroga. El plan debe enviarle un aviso escrito diciéndole si se concedió o denegó la apelación.
- Si la apelación es denegada, la notificación debe indicarle la razón por la cual fue denegada, describir cualquier nivel adicional de apelación o procedimientos de apelación voluntarios ofrecidos por el plan y tener una declaración sobre sus derechos a buscar una revisión judicial de la decisión del plan.
- Usted puede buscar asesoría legal si su apelación es denegada o si el plan no estableció o siguió procedimientos razonables de reclamación. Si cree que el plan no ha seguido los requisitos de la ley ERISA, puede contactar la oficina de EBSA más cercana en relación con sus derechos bajo la ley ERISA.
- Si se la apelación es denegada y su plan es sin derechos adquiridos, el aviso de deniego describirá los derechos que le permiten tener una revisión externa independiente de la solicitud denegada. Para solicitar una revisión externa, siga los pasos que se indican en el aviso.

Recursos

Para ver esta publicación y otras publicaciones de EBSA, visite el sitio web de la agencia en **dol.gov/ebsa.**

Para solicitar copias o para solicitar la ayuda de un asesor de beneficios, comuníquese con EBSA electrónicamente a **askebsa.dol.gov** o llame a nuestro número gratuito **1-866-444-3272.**

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

septiembre 2015