

UNA EXPLICACIÓN DEL DERECHO DE APELACIÓN DE UN INDIVIDUO DETERMINACIONES DEL SEGURO MÉDICO

Bajo la Ley de la Calidad de Atención de Salud de Nueva Jersey, ciertos individuos tienen el derecho de disputar una decisión de una compañía de seguros médicos o de una organización de mantenimiento de la salud o corporación de servicios de salud (una compañía aseguradora) en relación con la adecuación médica de los servicios cubiertos solicitados. Tanto el individuo que procura obtener el servicio cubierto solicitado o el proveedor de atención de salud (si fue autorizado para actuar por el individuo que procura recibir el servicio) puede apelar a la compañía de seguros. Si esta apelación no tiene éxito, el individuo o el proveedor puede apelar a una entidad independiente.

Proceso de Apelaciones Internas

En la mayoría de los casos, la persona cubierta o el proveedor debidamente autorizado DEBE cumplir primero con el proceso de apelaciones internas de la compañía de seguros ANTES de apelar a una entidad independiente. Bajo la ley de NJ, una compañía de seguros debe satisfacer fechas límite específicas cuando responde a una apelación de este tipo. Para las personas cubiertas por planes de grupo, el proceso de apelación interna puede requerir dos etapas. Los plazos límite para que las compañías de seguros respondan en cada etapa son:

- Etapa 1: Para casos que requieren atención urgente o de emergencia debe tomarse una decisión en un plazo de 72 horas. Para todos los demás casos, debe tomarse una decisión en un plazo no mayor de 10 días.
- Etapa 2: Para casos que requieren atención urgente o de emergencia debe tomarse una decisión en un plazo de 72 horas. Para todos los demás casos, debe tomarse una decisión en un plazo no mayor de 20 días.

Para las personas cubiertas por planes individuales, hay solamente una etapa de apelación interna y los plazos de respuesta de las compañías de seguro son los mismos que se indicaron anteriormente para la "etapa 1".

Comuníquese con su compañía de seguro para obtener información sobre la manera de dar seguimiento al proceso de apelaciones internas.

**En ciertas situaciones, y si se lo notifica debidamente, se aplican prórrogas a los plazos límite.*

Programa de Apelaciones Independientes de Atención de Salud (IHCAP)

Las apelaciones que no logran éxito después de completar el proceso de apelaciones internas de la compañía de seguros pueden enviarse al Programa de Apelaciones Independientes de Atención de Salud (IHCAP por sus siglas en inglés). Esto se denomina una apelación de Etapa 3. El programa IHCAP se aplica a los planes de beneficios de salud ofrecidos a través de Medicaid en el mercado de seguros de salud individuales. Las personas cubiertas por un plan de grupo a través de un empleador deben contactar al empleador en relación con el proceso de apelaciones que se aplica bajo el plan de grupo del empleador. El IHCAP no se aplica a individuos cubiertos por Medicare.

Bajo el IHCAP, la reclamación de una persona elegible será revisada por un árbitro independiente, llamado Organización Independiente de Revisión de la Utilización (IURO por sus siglas en inglés), que es seleccionado por el Departamento de Banca y Seguros (DOBI por sus siglas en inglés). Esta organización determinará si la decisión de la compañía de seguros denegó indebidamente la cobertura a un servicio cubierto que es necesario por razones médicas. Si la IURO acepta la apelación, tomará una decisión en un plazo de 45 días, o en un plazo de 48 horas en el caso de apelaciones de emergencia. La decisión de la organización es obligatoria, pero las partes pueden recurrir a otros recursos bajo la ley estatal o federal.

**PARA OBTENER MÁS INFORMACIÓN SOBRE IHCAP
LLAME AL DOBI AL 1-609-292-5316 X. 50998
O AL NÚMERO SIN CARGO 1-888-393-1062
O VISITE EL SITIO WEB DEL DOBI EN**

http://www.state.nj.us/dobi/division_insurance/managedcare/ihcp.htm

CÓMO SOLICITAR AL IHCAP

- La solicitud del Programa de Apelaciones Independientes de Atención de Salud se puede hacer en línea en <http://www.state.nj.us/dobi/chap352/352ihcapform.doc>
- La solicitud **firmada** DEBE presentarse junto con lo siguiente a fin de que se la considere:
 - La tasa de solicitud de \$25.00, por cheque o giro postal, pagadera a "New Jersey Department of Banking and Insurance" .
 - * **NO ENVÍE DINERO EN EFECTIVO**
 - Una copia de la decisión final de la compañía de seguros por escrito;
 - Una copia del Resumen de la Cobertura de Seguro de la póliza del seguro, si está disponible;
 - Una copia de Aviso de Intención de Apelar una Determinación de Gestión de la Utilización Adversa - Etapa 3/Appeal an Adverse UM Determination- Stage 3 (entregada al paciente por la compañía de seguros si las apelaciones internas no tuvieron éxito);
- Una copia de todos los registros médicos y la correspondencia que deba revisarse; y
- Si el proveedor presenta la solicitud en nombre del paciente: una copia del Consentimiento de Representación en una Apelación de Determinación de Gestión de la Utilización y el formulario de Autorización de divulgación de los registros médicos para una apelación y arbitraje de reclamaciones

***NOTA:** Se renuncia a la tasa de solicitud en caso de que exista una dificultad financiera evidenciada por participación en el programa de Asistencia Farmacéutica para Personas Mayores o Discapacitadas, Medicaid, NJFamilyCare, General Assistance, SSI o Asistencia para Desempleo en el Estado de Nueva Jersey.

Enviar por correo a:
New Jersey Department of Banking and Insurance
Office of Managed Care
PO Box 329
Trenton, NJ 08625-0329
(courier service: 20 West State Street, 9th floor)

**IMPORTANTE: ENVÍE SOLAMENTE COPIAS DE TODOS LOS DOCUMENTOS;
NO SE DEVOLVERÁN LOS ORIGINALES.
SI TIENE PREGUNTAS, LLLAME AL DOBI AL 1-609-292-5316 X50998
O AL NÚMERO SIN CARGO 1-888-393-1062**