

GUÍA DEL CONSUMIDOR PARA
COMPRENDER LA COBERTURA DEL
SEGURO DE SALUD PARA

SALUD MENTAL Y CONDICIONES DE CONSUMO DE SUSTANCIAS



Maryland
INSURANCE ADMINISTRATION

GUÍA DEL CONSUMIDOR PARA
COMPRENDER LA COBERTURA DEL
SEGURO DE SALUD PARA

SALUD MENTAL
Y CONDICIONES
DE CONSUMO DE
SUSTANCIAS



TABLA DE CONTENIDOS

Introducción	1
Consejos para seleccionar un plan de salud	1
Términos clave del seguro	2
Cómo obtener una autorización previa para la cobertura del seguro de salud privado para enfermedades mentales, salud emocional y emergencias por consumo de sustancias	5
Cómo funciona su plan de salud	6
Sus derechos cuando su seguro de salud no pagará por los servicios de atención médica	9
Recursos de salud	11
Información para ayudar con la autorización previa de reclamos	14

INTRODUCCIÓN

Comprender la cobertura de su seguro de salud para salud mental y condiciones de consumo de sustancias es un área que muchas personas consideran difícil. Este conjunto de herramientas le ayudará a comprender mejor su cobertura.

CONSEJOS PARA SELECCIONAR UN PLAN DE SALUD

Comprar cobertura médica puede ser confuso. Para tomar una decisión informada, es importante entender:

1. qué servicios están cubiertos;
2. la prima (el precio de la póliza);
3. cualquier costo de atención médica que tendrá que pagar, como coseguro, copagos o un deducible;
4. si sus proveedores de atención médica están dentro o fuera de la red.

Al elegir un plan, lea los documentos del plan con cuidado para asegurarse de comprender todas las reglas y los costos asociados con el seguro. Asegúrese de que los servicios y suministros cubiertos se ajusten a sus necesidades. A continuación, encontrará algunos consejos que debe considerar al comparar diferentes planes.

Resumen de beneficios y cobertura – Si se está inscribiendo en el plan de salud grupal de su empleador, o si está comprando un plan de salud individual, debería leer el Resumen de beneficios y cobertura de cada opción. Es posible que tenga que buscar en el sitio web para encontrarlo. Este Resumen debe proporcionarle información sobre la cobertura para el tratamiento de salud mental y abuso de sustancias.

Inscripción abierta – si no tiene cobertura de salud a través de una póliza grupal, deberá comprar una póliza individual. Las pólizas individuales sin suscripción médica solo están disponibles durante el período de inscripción abierta anual¹ a menos que califique para un período de inscripción especial. Puede haber créditos fiscales disponibles para reducir la prima que tiene que pagar. Puede comunicarse con Maryland Health Connection o con un productor autorizado (agente/corredor) para obtener ayuda. Si no se inscribe durante un período de inscripción abierta o especial, es posible que pueda obtener una póliza médica a corto plazo, pero es posible que esto no cubra las condiciones preexistentes.

1 Visite www.marylandhealthconnection.gov para obtener más información sobre el período de inscripción abierta .

Detenerse. Llamar. Confirmar. – Si alguien intenta venderle una póliza, asegúrese de que sea una póliza legítima y que la ley de Maryland le permita a la persona inscribirlo. Llame al número gratuito de la Administración de Seguros de Maryland al 1-800-492-6116 para asegurarse de que la compañía tenga licencia y que la persona que está tratando de venderle una póliza esté autorizada para vender seguros².

Registro de los pagos. – Considere pagar con cheque, giro postal o giro bancario a nombre de la compañía de seguros.

TÉRMINOS CLAVE DE SEGUROS

Monto permitido (Asignación de pago o tarifa negociada) – El monto máximo que la compañía de seguros pagará por un servicio de atención médica cubierto. Si su proveedor de atención médica está fuera de la red, es posible que deba pagar la diferencia entre lo que su proveedor cobra y el monto permitido por la compañía de seguros. Consulte a continuación Facturación de saldo y proveedores fuera de la red.

Asignación de beneficios – Un contrato legal utilizado para transferir los derechos a los beneficios bajo un plan de atención médica de usted (el asegurado) al proveedor de atención médica. Si hay una asignación de beneficios, el plan de salud³ pagará el monto permitido por los servicios directamente al proveedor. Elimina la necesidad de que usted le pague al proveedor por completo y luego solicite el reembolso del monto permitido. Sin embargo, tenga en cuenta que es posible que aún le deba al proveedor un copago, coseguro y el saldo entre el monto permitido y el monto facturado por el proveedor. Consulte Facturación de saldo a continuación. Las compañías de ambulancias también pueden aceptar una asignación de beneficios. Puede solicitar al proveedor un acuerdo de este tipo o el proveedor puede pedirle que firme uno.

Facturación de saldo – La factura de saldo aparece cuando un proveedor de salud (un médico, por ejemplo) le extiende una factura al paciente luego de que la aseguradora del paciente ha pagado su parte de la factura. Esto puede suceder cuando un paciente recibe servicios de atención médica cubiertos de un proveedor fuera de la red o de un centro fuera de la red (un hospital, por ejemplo). La factura de saldo es la diferencia entre lo que cobra el proveedor y el precio que estableció la aseguradora, luego de que el paciente haya pagado los copagos, el coseguro y los deducibles.

Los proveedores de la red acuerdan con la aseguradora aceptar el pago total del seguro y no realizar una factura de saldo. Los proveedores fuera de la red no tienen este acuerdo con las aseguradoras.

2 El término “compañía de seguros” incluye HMO y planes de servicios de salud sin fines de lucro, así como aseguradoras.

3 A lo largo de este documento, “compañía de seguros” y “plan de salud” tienen el mismo significado.

Según la Ley Sin Sorpresas, no se le puede cobrar una factura de saldo si recibe los servicios de emergencia de un proveedor fuera de la red o un centro médico o si recibe los servicios de una ambulancia aérea cubiertos por un proveedor de servicios de ambulancia aérea fuera de la red. En la mayoría de los casos, no podrán cobrarle una factura de saldo en caso de recibir los servicios de un proveedor fuera de la red en una situación que no sea de emergencia en un centro médico de la red. Sin embargo, es posible que se le cobre la factura de saldo si acepta por adelantado recibir el tratamiento de un proveedor fuera de la red en algunas situaciones; por ejemplo, al elegir a un cirujano fuera de la red, cuyos costos son más altos. El proveedor debe brindarle por adelantado la información sobre la parte de los costos que le corresponderá pagar a usted.

Además, a partir del 1 de enero de 2023, si recibe la autorización para realizar una consulta con un especialista en servicios de salud mental o condición por uso de sustancias fuera de la red, no se le podrá cobrar una factura de saldo.

Coseguro – Esta es su parte de los costos de un servicio de atención médica cubierto. El coseguro se aplica después de que se haya cubierto cualquier deducible. Su parte es un porcentaje, como el 20 %, del monto permitido para el servicio. Este es un ejemplo de cómo funciona:

- Su radiografía cuesta \$200.
- La compañía de seguros tiene un monto permitido de \$150.
- Su coseguro es del 20%.
- Suponiendo que su deducible ya haya sido cubierto, usted paga el 20% de \$150, que es de \$30 y la compañía de seguros paga los \$120 restantes.

Copago – Una cantidad fija que pagas por un servicio de atención médica cubierto. El monto puede ser diferente según el tipo de servicio y si el servicio lo proporciona un proveedor dentro o fuera de la red. Por ejemplo, su plan puede requerir un copago de \$20 para una visita al consultorio de un proveedor dentro de la red y un copago de \$40 para una visita al consultorio de un proveedor fuera de la red. Esta tarifa puede ser adicional a cualquier deducible por el cual usted sea responsable conforme al plan.

Deducible – Esta es la cantidad que pagas por los servicios cubiertos antes de que su compañía de seguros realice los pagos. Es posible, que el deducible no se aplique a todos los servicios cubiertos por su póliza o plan. Comuníquese con su compañía de seguros para obtener una lista de los servicios que no están sujetos a un deducible con su póliza o plan. Para un servicio sujeto al deducible, usted o su proveedor de atención médica presentarán un reclamo a su compañía de seguros. La compañía de seguros aplicará el monto permitido por cada servicio cubierto a su deducible. Cuando el total de los montos permitidos sea igual a su deducible (también conocido como “alcanzar” el deducible), la compañía de seguros comenzará a pagar los reclamos. Hasta que alcance su deducible, deberá pagar el monto permitido a su proveedor de atención médica. Después de alcanzar su deducible, pagará solo cualquier coseguro o copago aplicable. En general, tendrá que alcanzar su deducible cada año. Recuerde que, aunque su proveedor puede aceptar presentar un reclamo en su nombre, usted es legalmente responsable de pagarle al proveedor por los servicios.

Proveedor dentro de la red – Un proveedor dentro de la red tiene un contrato con su compañía de seguros. Si recibe servicios cubiertos de un proveedor dentro de la red, generalmente solo tendrá que pagar su deducible y cualquier copago o coseguro aplicable. Es posible que un proveedor de la red no le facture el saldo.

Proveedor fuera de la red – Los proveedores fuera de la red no tienen un contrato con su aseguradora. Si recibe los servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red, la aseguradora no tiene la obligación de pagar ninguna parte de los cargos o es posible que sus copagos o coseguros sean más elevados que si los servicios hubiesen sido prestados por un proveedor de la red. En algunos casos, no tendrá que pagar más por una visita fuera de la red, como en situaciones de emergencia, al recibir un tratamiento particular en situaciones que no sean de emergencia en un centro médico de la red, por servicios de ambulancia aérea, o si su plan de salud le otorgó la autorización para realizar una consulta con un proveedor fuera de la red para acceder a los servicios de salud mental.

Máximo de bolsillo – Este es el monto máximo que paga antes de que su compañía de seguros pague el monto permitido por los servicios de atención médica cubiertos. Según los términos de su póliza o plan, el máximo de bolsillo puede incluir deducibles, copagos y coseguros. Consulte con su compañía de seguros para determinar qué se incluye en este monto en su póliza o plan.

Prima – El monto que usted o su empleador pagan a su compañía de seguros por su póliza o plan. Este monto puede pagarse mensual, trimestral o anualmente. Si no paga la prima, se cancelará su póliza o plan. Para obtener más información sobre cómo las compañías de seguros determinan las primas, consulte *Frequently Asked Questions: Health Insurance Rates and the Review Process* (Preguntas frecuentes: tasas de seguros de salud y proceso de revisión) en www.insurance.maryland.gov.

Servicios preventivos – No necesita cumplir con su deducible antes de recibir, y la aseguradora pague, la mayoría de los servicios preventivos de un proveedor dentro de la red. Tampoco tiene que pagar un copago o coseguro por los servicios preventivos que recibe de un proveedor dentro de la red. Los servicios preventivos incluyen exámenes de detección y vacunación, así como otros servicios. Para obtener una lista completa de los servicios preventivos que están cubiertos por su plan de salud sin costo para usted, consulte con su compañía de seguros. Por lo general, los servicios preventivos no incluyen el diagnóstico o las consultas de seguimiento y los servicios por problemas. Si visita a su proveedor de atención médica y habla sobre un problema de salud, es posible que se le cobre el deducible, coseguro o copago por la parte de la visita relacionada con el problema, incluso si el propósito inicial de la visita fue preventivo.

CÓMO OBTENER UNA AUTORIZACIÓN PREVIA

PARA LA COBERTURA DEL SEGURO DE SALUD PRIVADO PARA ENFERMEDADES MENTALES, CONDICIÓN DE SALUD EMOCIONAL Y EMERGENCIAS POR CONSUMO DE SUSTANCIAS

Para iniciar el proceso de obtener autorización para una internación por enfermedad mental, condición de salud emocional o condición por consumo de sustancias, **llame primero al número que figura en el reverso de la tarjeta de identificación del seguro de salud del paciente.**

La compañía de seguros le preguntará qué instalaciones le gustaría usar para el paciente o qué tratamiento se requiere y también le dirán qué documentos se necesitan para determinar la cobertura. Maryland requiere que los planes de salud utilicen el Formulario de plan de tratamiento uniforme si el plan de salud está sujeto a la ley de Maryland. Un Formulario de plan de tratamiento uniforme es un documento en el que un proveedor registra la información necesaria para que el plan de salud determine si preautorizará los servicios o instalaciones solicitados.

Es posible que a veces no pueda obtener la atención médica que necesita de un especialista que esté en la red de su aseguradora. Quizás el especialista de la red se encuentra a una distancia considerable o no puede otorgar citas por un largo período de tiempo o no puede tratar la enfermedad que usted padece. Cuando esto sucede y usted debe realizar una visita a un especialista fuera de la red, es posible que la aseguradora deba brindar cobertura de la misma forma que lo haría con un especialista de la red. La aseguradora debe ofrecerle un procedimiento a través del cual usted pueda saber cómo obtener cobertura de la red para recibir atención médica de un proveedor fuera de la red. Además, cuando realice la solicitud, deberán responderle con rapidez. Puede contactar a su plan de salud a través del número que se encuentra en la parte trasera de su tarjeta o utilizar el enlace <https://bit.ly/miaccp> para conocer cuál es el procedimiento que debe utilizar con su aseguradora.

IMPORTANTE: *Debe seguir el procedimiento de la aseguradora. Si no sigue el procedimiento y elige consultar a un especialista fuera de la red, a pesar de contar con la disponibilidad de especialistas de la red, los servicios quedarán cubiertos solo si tiene beneficios fuera de la red y únicamente por la cantidad permitida para la cobertura fuera de la red.*

Si un paciente está en peligro inminente para sí mismo o para otros, y el médico o psicólogo del paciente y un miembro del personal médico del centro que tiene privilegios de internación toman la decisión, la compañía de seguros de salud no puede negar las primeras 24 horas de internación basada en necesidad médica. Notifique a la compañía de seguros lo antes posible.

Para una internación de emergencia para el tratamiento de una enfermedad mental, condición de salud emocional o una condición por consumo de sustancias, la compañía de seguros debe decidir si preautorizar el tratamiento dentro de las dos horas posteriores a la recepción de los documentos solicitados e informar al hospital o al centro de la decisión.

Si la compañía de seguros niega la solicitud de internación, llame a la Administración de Seguros de Maryland (MIA) al 1-800-492-6116. La MIA está disponible las 24 horas del día para quejas que se consideran emergencias. En caso de emergencia, la MIA tomará una decisión en un plazo de 24 horas.

Si la MIA no regula el plan de seguro de salud, se le proporcionará la información de contacto de la autoridad reguladora correcta.

Las compañías de seguros no pueden tomar represalias contra un proveedor por presentar una apelación de denegación ante la compañía de seguros o un reclamo ante la MIA. La Unidad de Educación y Defensa de la Salud del Fiscal General de Maryland puede ayudarlo a presentar una apelación o un reclamo. Puede comunicarse con ellos al 410- 528-1840 (en Baltimore) o al 1-877-261-8807.

**Si cree que la compañía de seguros no está cumpliendo la ley,
o le niega una internación de emergencia, llame a la
Administración de Seguros de Maryland al 1-800-492-6116.**

Es posible que una aseguradora, un plan de servicios de salud sin fines de lucro o una HMO que proporcione cobertura para los beneficios de condiciones por consumo de sustancias o medicamentos recetados no requiera una autorización previa para los medicamentos recetados utilizados para el tratamiento del consumo de sustancias de una condición por consumo de opioides si la receta contiene metadona, buprenorfina o naltrexona.

CÓMO FUNCIONA SU PLAN DE SALUD

Antes de buscar atención médica, es importante que entienda cómo funciona su plan de atención médica, lo que cubre el seguro y lo que debe pagar.

¿Cómo puede obtener más información sobre el tipo de plan de beneficios que tiene y lo que deberá pagar después?

- Puede llamar al departamento de atención al cliente del plan de salud o visitar el sitio web de la compañía. Si recibe los beneficios de salud de su empleador, también puede llamar a su departamento de recursos humanos.
- A veces se le informará que un proveedor “participa” con su plan de salud o “acepta” el pago directamente de su plan de salud. Un proveedor que “acepta” su seguro puede estar fuera de la red. Pregunte si el proveedor es un proveedor dentro de la red.

- Si el proveedor está fuera de la red, haga preguntas para determinar cuánto costará recibir servicios.
- A menos que sea una emergencia o cuando no tenga control sobre qué proveedor consultará, **siempre debe averiguar si un proveedor está dentro o fuera de la red antes de recibir los servicios**. Es fundamental conocer esta información, ya que determina lo que deberá pagar después. Visite el sitio web del plan de salud, específicamente el directorio de proveedores en línea, para ver si su proveedor de atención médica participa o no en el plan. Puede llamar al departamento de atención al cliente del plan de salud.

¿Qué significa ser un proveedor “dentro de la red”? ¿Qué tendrá que pagar cuando consulte a un proveedor “dentro de la red”?

Un proveedor “dentro de la red” es un proveedor de atención médica, como un médico, un hospital y otro profesional de atención médica que tiene licencia o autorización para brindar servicios de atención médica en Maryland, que aceptó un monto fijo en dólares de su plan de salud para proporcionarle servicios cubiertos y tiene un contrato con su compañía de seguros. Al recibir atención de un proveedor dentro de la red, es posible que deba pagar un copago, un coseguro y un deducible, pero no se le puede facturar el saldo. Consulte con su plan de atención médica y proveedor para saber si un proveedor está dentro de la red y para averiguar cuánto tiene que pagar cuando usa un proveedor dentro de la red.

¿Qué significa ser un proveedor “fuera de la red”?

Si no existe un contrato entre el proveedor y su plan de salud, el proveedor se considera “fuera de la red.”

¿Puedo recibir los servicios de un proveedor “fuera de la red”?

Es posible que su plan de salud no cubra los servicios prestados por un proveedor fuera de la red y *usted deba hacerse responsable del costo total de la factura*. Algunos planes de salud limitan las consultas con los proveedores fuera de la red y otros cubren una pequeña parte de la factura en caso de recibir servicios fuera de la red. Sin embargo, si se cumplen determinadas condiciones, podrá consultar a un proveedor fuera de la red por el mismo costo compartido que pagaría por un proveedor de la red.

¿Qué hago si no puedo encontrar un especialista dentro de la red?

En algunos casos, es posible que el especialista de la red se encuentre a una distancia considerable, no pueda otorgar citas por un largo período de tiempo o no pueda tratar la enfermedad que usted padece.

Según las leyes de Maryland, si el plan de su seguro de salud no cuenta con un especialista de la red que pueda prestarle los servicios médicos necesarios para tratar su enfermedad o condición sin que deba viajar una distancia considerable o esperar un largo período de tiempo, puede solicitar la autorización del plan de salud para consultar a un especialista fuera de la red. *A partir del 1 de enero de 2023, si recibe la autorización para consultar a un especialista en servicios de salud mental o condición por uso de sustancias fuera de la red, su plan de salud deberá cubrir los costos de los servicios del especialista fuera de la red en lugar del costo compartido (deducible, copago o coseguro), que deberá pagar usted.* Su plan de salud debe garantizar que los servicios autorizados fuera de la red no sean mayores que los que pagaría si recibiera los servicios de un proveedor de la red. Esto significa que no habrá una factura de saldo.

Si su solicitud es denegada, tiene derecho a apelar la denegación. Si el plan de salud rechaza la solicitud porque no hay necesidad de realizar una consulta con un especialista fuera de la red, la denegación recibe el mismo tratamiento que cualquier denegación por necesidad médica. Revise su plan para asegurarse de conocer las reglas. Es posible que su plan de salud no cubra los servicios de un proveedor fuera de la red en caso de no haber seguido el procedimiento de autorización del plan de salud para realizar una consulta con un especialista fuera de la red. Puede encontrar más información sobre el procedimiento que hay que seguir para cada plan de salud en <https://bit.ly/miaccp>.

¿Qué sucede cuando no puedo elegir a un proveedor por adelantado?

No siempre podrá elegir a un proveedor de la red de su plan. Puede que necesite un tratamiento de emergencia o que deba visitar a un proveedor fuera de la red en un hospital de la red. Según la Ley Sin Sorpresas, no se le puede cobrar una factura de saldo en los siguientes casos:

1. Al recibir los servicios de emergencia cubiertos por un proveedor fuera de la red en una sala de emergencias fuera de la red.
2. Al recibir los servicios de un proveedor fuera de la red en una situación que no es de emergencia en un centro médico de la red, a menos que dé su consentimiento voluntario por adelantado y por escrito para renunciar a sus protecciones. Nunca se le solicitará que renuncie a sus protecciones para recibir servicios de emergencia, anestesia, patología, radiología, laboratorio, neonatología o de los asistentes de cirujano, médicos hospitalistas o intensivistas; tampoco se le cobrará una factura de saldo por recibir estos servicios en un centro médico de la red.
3. Al recibir los servicios de una ambulancia aérea cubiertos por un proveedor fuera de la red de servicios de ambulancia aérea.

¿Debo pagar por adelantado los servicios al proveedor de atención médica y luego obtener un reembolso, o mi plan de atención médica puede pagarle directamente al proveedor?

Puede pagarle directamente al proveedor de atención médica y luego solicitar el reembolso a su plan. Pero también puede autorizar al plan a pagarle directamente al proveedor asignándole beneficios. Para asignar beneficios, tendrá que firmar una “asignación de beneficios”, que es un acuerdo legal que autoriza a su plan a pagar al proveedor designado por los servicios de atención médica que brindaron. Puede asignar el pago a un proveedor de atención médica, hospital o compañía de ambulancia.

SUS DERECHOS

CUANDO SU SEGURO DE SALUD⁴ NO PAGARÁ POR LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA

Si su proveedor de atención médica⁵ le informa que se necesita un determinado servicio de atención médica, pero su asegurador de salud no está de acuerdo, usted tiene derecho a apelar esa decisión y a que un experto médico independiente también la revise, conocido también como una organización de revisión independiente (IRO)⁶.

Así es como funciona el proceso:

Paso 1: Recibirá una carta de su aseguradora de salud informándole sobre su decisión.

Paso 2: Siga las instrucciones en la primera carta de denegación que reciba de su aseguradora de salud o HMO para pedirle a su aseguradora de salud que reconsidere su decisión. Si desea ayuda, comuníquese con la Unidad de Educación y Defensa de la Salud del Fiscal General de Maryland al 877-261-8807 para obtener ayuda. Su proveedor de atención médica, o alguien a quien usted autorice para ayudarlo, también puede hacer esto en su nombre.

Paso 3: Si su aseguradora de salud confirma su decisión original de denegar el pago por el servicio de atención médica, es posible que un experto médico independiente revise su caso, quien decidirá si el servicio de atención médica que su proveedor de atención médica recomienda es médicamente necesario. La Unidad de Educación y Defensa de la Salud también puede ayudarlo con esto.

Paso 4: Si su póliza le permite presentar una queja ante la Administración de Seguros de Maryland (MIA), la MIA enviará su caso a un experto médico independiente. La MIA le enviará una copia de la opinión del experto médico independiente. Si su póliza no le permite presentar una queja ante la MIA, su aseguradora de salud enviará su caso a un experto médico independiente. La carta de su aseguradora de salud le informará si puede presentar un reclamo ante la Administración de Seguros de Maryland. Hay límites de tiempo para presentar un reclamo, así que lea cuidadosamente su carta.

Puede omitir el Paso 4 y presentar un reclamo directamente ante la Administración de Seguros de Maryland antes de recibir la decisión de la aseguradora de salud si:

- **la aseguradora de salud renuncia al requisito de que usted primero apele, o**
- **si la aseguradora de salud no sigue ninguna parte de su proceso de apelación interna, o**
- **si muestra una razón convincente, como demostrar que una demora podría ocasionarle la muerte, un deterioro grave de la función corporal, una disfunción grave de un órgano, podría ser una amenaza para usted o para otros, o podría causar que continúe experimentando síntomas de abstinencia graves.**

4 En este folleto, aseguradora de salud incluye compañías de seguros de salud, HMO y planes de seguro de salud sin fines de lucro.

5 Un proveedor de atención médica incluye a su médico, un hospital o una persona con licencia para brindar servicios de atención médica, como un psicólogo, quiropráctico o fisioterapeuta.

6 Según la ley de Maryland, los proveedores pueden apelar la decisión en nombre del paciente si el paciente da su consentimiento.

Se considera que es un peligro para usted mismo o para los demás si no puede realizar actividades de la vida diaria o cuidarse sin peligro o consecuencias inminentes.

Paso 5: si el experto médico independiente considera que el servicio de atención médica recomendado por su proveedor de atención médica es médicamente necesario, el Comisionado de Seguros, después de considerar todos los hechos de su caso, puede ordenar a su aseguradora de salud o HMO que pague por el servicio de atención médica de acuerdo con su póliza.

Usted tiene el derecho de apelar otras decisiones de cobertura tomadas por su aseguradora de salud o HMO, pero esas apelaciones no necesariamente deben ser revisadas por un experto médico independiente.

CÓMO PRESENTAR UN RECLAMO CON LA ADMINISTRACIÓN DEL SEGURO DE MARYLAND:

Los reclamos deben recibirse por escrito e incluir un formulario de consentimiento firmado. Comuníquese con la MIA para saber cómo presentar un reclamo de la siguiente manera:

Administración de Seguros de Maryland

A la atención: Consumer Complaint Investigation Life and Health/Appeals and Grievance
200 St. Paul Place, Suite 2700
Baltimore, MD 21202

Teléfono: 410-468-2000 o 800-492-6116

TTY: 1-800-735-2258

Fax: 410-468-2270 o 410-468-2260

(Vida y salud/Apelaciones y reclamos)

O visite nuestro sitio web en www.insurance.maryland.gov.

Lista de Verificación de Quejas del Seguro

- Tu Nombre, Dirección y Número de Teléfono
- Nombre de la Compañía de Seguros
- Tipo de Seguro (Es Decir, Salud, Dental, HMO, Medicare, Medicaid, etc.)
- Póliza de Seguro y Número de Grupo
- Dirección y Número de Teléfono de la Compañía de Seguros
- Fecha de Servicio de la Reclamación
- Detalles de la Queja (Servicio o Denegación de Reclamación, Problema de Facturación, Retrasos, etc.)
- Con Quien Hablastes en la Compañía de Seguros y en Qué Fechas?
- Documentos (Cartas de Médicos o Compañía de Seguros, EOB, Queja Enviada a la Compañía de Seguros)
- Respuesta Recibida de la Compañía

Antes de presentar una queja con la MIA, revise la lista de verificación de los elementos anteriores que son necesarios para presentar una queja.

CÓMO COMUNICARSE CON LA UNIDAD DE EDUCACIÓN Y DEFENSA DE LA SALUD:

Unidad de Educación y Defensa de la Salud del Fiscal General de Maryland

200 St. Paul Place, 16th Floor

Baltimore, MD 21202

Teléfono: 410-528-1840 o 877-261-8807

Fax: 410-576-6571

O visite el sitio web en www.marylandattorneygeneral.gov/Pages/CPD/HEAU

RECURSOS DE SALUD

AGENCIAS DEL ESTADO

Unidad de Educación y Defensa de la Salud del Fiscal General de Maryland

200 St. Paul Place,

Baltimore, MD 21202

410-528-1840 • 877-261-8807

www.marylandattorneygeneral.gov/pages/cpd/heau

Departamento de Envejecimiento de Maryland

Programa de Asistencia de Seguro Médico del Estado (SHIP)

301 W. Preston Street, Suite 1007,

Baltimore, MD 21201

410-767-1100 • 800-243-3425

aging.maryland.gov/Pages/state-health-insurance-program.aspx

Departamento de Presupuesto y Administración de Maryland,

Oficina de Servicios y Beneficios de Personal

301 W. Preston Street,

Baltimore, MD 21201

410-767-4765 • 800-705-3493

www.dbm.maryland.gov/Pages/DivOPSB.aspx

Departamento de Discapacidad de Maryland

217 E. Redwood Street, Suite 1300,

Baltimore, MD 21202

410-767-3660 • 800-637-4113 (Sin cargo/TTY)

www.mdod.maryland.gov

Maryland Health Connection

P.O. Box 857, Lanham, MD 20703
855-642-8572
www.marylandhealthconnection.gov

Comisión de Compensación de Trabajadores de Maryland

10 E. Baltimore Street, Baltimore, MD 21202 4
10-864-5100 • 800-492-0479
www.wcc.state.md.us

Centro de Comando Operativo de Opioides

800-422-0009 - Línea directa de crisis
<http://beforeitstoolate.maryland.gov/>

Programa de Asistencia en Medicamentos Recetados para la Tercera Edad de Maryland (SPDAP) c/o International Software Systems Inc.

PO Box 749
Greenbelt, Maryland 20768-0749
800-551-5995 • 800-877-5156 (TTY/TDD)
www.marylandspdap.com

Departamento de Salud de Maryland (MDH)

201 W. Preston Street, Baltimore, MD 21201
410-767-6500 • 877-463-3464
www.health.maryland.gov

Oficinas Dentro del MDH:

Administración de Salud Conductual

Spring Grove Hospital Center
55 Wade Avenue, Catonsville, MD 21228
410-402-8300 • 410-402-8600
<http://bha.health.maryland.gov>

Juntas y comisiones de profesionales de la salud

4201 Patterson Avenue, Baltimore, MD 21215
410-764-4700
<http://health.maryland.gov/pages/boards.aspx>

Programa de plan de salud para niños de Maryland (MCHP)

201 W. Preston Street, Baltimore, MD 21201-2399
855-642-8572 - Maryland Health Connection <http://mmcp.health.maryland.gov/chp>

Comisión de Maryland sobre la enfermedad renal

4201 Patterson Avenue, Baltimore, MD 21215

410-764-4799 • 866-253-8461

<http://health.maryland.gov/mdckd>

Medicaid de Maryland

410-767-5800 • 800-492-5231

<http://mmcp.health.maryland.gov>

Programa de farmacia de Medicaid de Maryland (MPP)

800-492-5231, Opción n. 3

<http://mmcp.health.maryland.gov/pap>

Oficina de Calidad de Atención Médica

Spring Grove Hospital Center Bland Bryant Building

55 Wade Avenue, Catonsville, MD 21228

410-402-8000 • 877-402-8218

<https://health.maryland.gov/ohcq>

AGENCIAS FEDERALES

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS)

7500 Security Boulevard, Baltimore, MD 21244

410-786-3000 • 877-267-2323

Centro de servicios de Medicare: 800-633-4227

www.cms.gov

Programa de Beneficios de Salud para Empleados Federales,

Oficina de Administración de Personal

1900 E Street, NW, Room 3443, Washington, DC 20415

202-606-1800 • 800-877-8339 (TTY)

www.opm.gov

Administración de Servicios de Abuso de Sustancias y Salud Mental (SAMHSA) Línea de Prevención del Suicidio y Crisis 988

988 or 1-800-273-8255

www.988lifeline.org

Departamento de Trabajo de los Estados Unidos

Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados

200 Constitution Avenue, NW, Washington, DC 20210

866-444-EBSA (3272)

www.dol.gov/ebsa

INFORMACIÓN PARA AYUDAR CON LA AUTORIZACIÓN PREVIA Y RECLAMOS RETROSPECTIVOS

La siguiente es una lista de cierta información que debe tener disponible y que puede ayudarle a obtener una autorización previa para los servicios, a reclamar el pago de los servicios o apelar una denegación de reclamo.

Lista de Verificación de Pre-Autorización

Información que puede necesitar para obtener una autorización previa para los servicios de tratamiento, reclamar el pago de los servicios o apelar una denegación de la reclamación:

- Nombre del Paciente
- Fecha de Nacimiento
- Número de Identificación del Miembro del Seguro del Paciente
- Número de Grupo de Seguro del Paciente
- Nombre de la Compañía de Seguros
- Numero de Telefono de la Compañía de Seguros
- Tipo de servicio que se solicita
- El Servicio está dentro o fuera de la red?
- Nombre del proveedor de referencia?

Esta guía para el consumidor debe usarse sólo para fines educativos. No tiene como objetivo proporcionar asesoramiento u opiniones legales sobre la cobertura incluida en una póliza o un contrato específico. Tampoco debe interpretarse como un aval de ningún producto, servicio, persona u organización mencionada en la misma.

Esta publicación fue producida por la Administración de Seguros de Maryland (MIA) para proporcionar a los consumidores información general sobre cuestiones relacionadas con los seguros y programas y servicios estatales. Esta publicación puede contener material con derechos reservados que se utilizó con el permiso del propietario de tales derechos Su publicación en el presente documento, sin embargo, no autoriza el uso o la apropiación de dicho material con derechos reservados, sin consentimiento del autor.

Todas las publicaciones emitidas por la MIA están disponibles sin costo en el sitio web de la MIA, o a pedido. La publicación puede reproducirse en su totalidad sin requerir permiso a la MIA, siempre que el texto y el formato no se alteren ni enmienden de ninguna manera, y que no se cobre un cargo por su publicación o duplicación. El nombre y la información de contacto de la MIA deben quedar claramente visibles, y en la reproducción no puede aparecer ningún otro nombre; ni siquiera el de la compañía o agente que reproduce la publicación. No se permiten reproducciones parciales sin previo consentimiento por escrito de la MIA.

Las personas con discapacidades pueden solicitar este documento en un formato alternativo. Las solicitudes deben enviarse por escrito al Jefe, Comunicaciones y Participación Pública a la dirección que figura abajo.



Maryland

INSURANCE ADMINISTRATION

200 St. Paul Place, Suite 2700

Baltimore, MD 21202

410-468-2000

800-492-6116

800-735-2258 (línea TTY para las personas
con problemas auditivos o del habla)

www.insurance.maryland.gov

www.facebook.com/MdInsuranceAdmin

www.twitter.com/MD_Insurance

www.instagram.com/marylandinsuranceadmin