

La Administración de Seguros de Maryland (MIA, por las siglas en inglés) es la agencia estatal que regula la actividad de los seguros en el estado de Maryland. Si tiene alguna pregunta sobre el seguro o si experimenta algún problema, no dude en comunicarse con la MIA al 800-492-6116 o visite nuestra página web en [www.insurance.maryland.gov](http://www.insurance.maryland.gov).

Esta guía para el consumidor debe utilizarse solo con fines educativos. No tiene la intención de proporcionar asesoramiento ni opiniones jurídicos sobre la cobertura de una póliza o contrato específicos. Tampoco debe interpretarse como una recomendación de un producto, servicio, persona u organización que se menciona en esta guía.

Esta publicación fue elaborada por la Administración de Seguros de Maryland (MIA) para proporcionar a los consumidores información general sobre los temas relacionados con los seguros o sobre los programas y servicios estatales. Esta publicación puede contener material protegido por derechos de autor, el cual se utilizó con el permiso del propietario. La presente publicación no autoriza ningún uso o apropiación de dicho material protegido por derechos de autor sin el consentimiento del propietario.

Todas las publicaciones publicadas por la MIA se encuentran disponibles sin cargo en la página web de la MIA o a solicitud. Se puede reproducir esta publicación en su totalidad sin un permiso adicional por parte de la MIA siempre que no se alteren ni se enmienden el texto ni el formato y que no se cobre ningún cargo por su publicación o duplicación. El nombre y la información de contacto de la MIA deben permanecer claramente visibles y no puede aparecer en ninguna parte de la reproducción ningún otro nombre, incluido el de la compañía o agente que reproduce la publicación. Las reproducciones parciales no están permitidas sin el consentimiento previo por escrito de la MIA.

Las personas con discapacidades pueden solicitar este documento en un formato alternativo. Se deben presentar las solicitudes por escrito al Jefe, Comunicaciones y Participación Pública a la dirección que aparece a continuación.



200 St. Paul Place, Suite 2700  
Baltimore, MD 21202  
410-468-2000 • 800-492-6116  
800-735-2258 TTY  
[www.insurance.maryland.gov](http://www.insurance.maryland.gov)

[www.facebook.com/MdInsuranceAdmin](https://www.facebook.com/MdInsuranceAdmin)  
[www.twitter.com/MD\\_Insurance](https://www.twitter.com/MD_Insurance)  
[www.instagram.com/marylandinsuranceadmin](https://www.instagram.com/marylandinsuranceadmin)

# FACTURAS DE LA ATENCION MÉDICA

## ¿QUÉ ES UNA NECESIDAD MÉDICA?



## ¿Qué es una necesidad médica?

Comúnmente, los planes de seguro médico solo proporcionan beneficios para los tratamientos o servicios que son “medicamente necesarios”. Entonces, ¿qué significa esto? Su póliza definirá lo que es médicamente necesario. Pero, usualmente, “medicamente necesario” o “necesidad médica” significa la atención médica que un médico prudente, utilizando los estándares y el juicio profesionales, le daría a un paciente. Estos son los servicios que:

- Evalúan, diagnostican o tratan una enfermedad, lesión, condición grave o los síntomas;
- Siguen estándares generalmente aceptados de práctica médica;
- Son “clínicamente adecuados”, es decir, el nivel de la atención sería eficaz para tratar la enfermedad, lesión o condición grave del paciente;
- No son principalmente para la conveniencia del paciente, proveedor de atención médica o la familia del asegurado;
- No cuestan más que otro servicio o series de servicios que serían, al menos, igual de eficaces; y
- No tienen fines experimentales, investigativos o cosméticos.

## ¿Cómo una necesidad médica afecta la cobertura de los servicios de atención médica?

La necesidad médica limita los pagos del seguro médico para los procedimientos cosméticos, los tratamientos que no se probaron que sean eficaces o los tratamientos que son más caros que otros que también son eficaces.

## ¿Cómo se determina una “necesidad médica”?

La receta u orden de un médico para un servicio es el primer indicio de una necesidad médica. Si la compañía aseguradora solicita más pruebas que la reclamación cumple los estándares de una necesidad médica, es posible que le solicite al médico u otro proveedor una “carta de necesidad médica”. La solicitud de una carta comúnmente es parte de un proceso de “certificación” o “revisión de utilización”. Este proceso le permite a la compañía de seguro revisar los servicios médicos para decidir si cubrirán el servicio. Esto se puede realizar antes, durante o luego del tratamiento.

En una “revisión de precertificación”, la compañía de seguro decide si el tratamiento solicitado cumple los requisitos del plan para una necesidad médica *antes* de que se proporcione el tratamiento. La compañía de seguro comúnmente revisa la carta de necesidad médica, la historia clínica.

En una “revisión simultánea”, la compañía de Seguro decide si el tratamiento es médicamente necesario *mientras* está en curso.

En una “revisión retrospectiva”, la compañía de seguro decide si los servicios ya prestados eran médicamente necesarios o, en el caso de los servicios de emergencia, si realmente se necesitaba la atención de emergencia. La decisión se toma *luego* de que usted recibe el tratamiento.

## ¿Qué son las directrices médicas?

Todas las compañías de seguros siguen directrices para determinar si un tratamiento se encuentra dentro de los estándares aceptados en la comunidad médica. Una compañía de seguro debe poner sus directrices médicas a su disposición si las utilizó para tomar una decisión de denegación de su cobertura.

## ¿Los servicios experimentales, investigativos o cosméticos son médicamente necesarios?

Algunas definiciones de necesidad médica excluyen específicamente a los servicios con “fines experimentales, investigativos o cosméticos”. Las directrices médicas de una compañía de seguro determinan si se considera que un tratamiento es experimental para su enfermedad. Una compañía de seguro también sigue sus directrices médicas para decidir si los tratamientos que podrían considerarse cosméticos también tienen un fin médico. Las compañías de seguros pueden utilizar la historia clínica para decidir si los servicios son médicamente necesarios, pero también pueden basar las decisiones en bibliografía científica.

## ¿La necesidad médica afecta la cobertura de los servicios de emergencia?

Luego de que usted recibe servicios de emergencia, las compañías de seguros pueden revisar la atención para decidir si la atención de emergencia fue adecuada para su diagnóstico y si era médicamente necesaria. Para decidirlo, las compañías de seguros utilizan el estándar de la “persona prudente no experta”. Obtener la aprobación antes de recibir los servicios médicos (precertificación) no es necesario si una persona prudente no experta creería que existió una situación de emergencia y retrasar el tratamiento empeoraría esa situación.