

Guía rápida sobre autorizaciones previas para seguros médicos individuales y patrocinados por el empleador

El médico de Olivia le recomendó hacerse una resonancia magnética (RM). Como las RM figuraban como servicio cubierto en su plan médico, supuso que la compañía lo cubriría y se hizo una al día siguiente. Desafortunadamente, su compañía de seguro exige que los pacientes obtengan una autorización previa antes de realizarse una RM. Unas semanas después de la RM, la compañía le informó que no pagaría la RM sin la autorización previa. Cuando Olivia recibió la factura de la RM, era de \$1,325.

Su situación es común. Es importante que los pacientes sepan si necesitan obtener la autorización previa de una compañía de seguros antes de recibir atención. Esta guía rápida explicará las autorizaciones previas para las personas que tienen un plan de seguro médico individual o patrocinado por el empleador. Los detalles de las autorizaciones previas son diferentes según el tipo de plan que tenga, como Medicare, Medicaid o un plan militar.

¿Qué es la autorización previa?

Las compañías de seguros médicos pueden exigir que obtenga su aprobación por escrito antes de recibir determinada atención médica, como tratamientos específicos, dispositivos médicos y medicamentos recetados. Esta aprobación se denomina “autorización previa,” pero también puede llamarse “preautorización,” “aprobación previa,” “certificación previa,” “solicitud de autorización de tratamiento,” o “aprobación anticipada.”

Las compañías de seguros no están obligadas a pagar la atención médica que exige autorización previa si alguien recibe estos servicios sin tenerla. Y es posible que los pacientes tengan que pagar el costo total de la atención médica. Estos son algunos de los servicios que podrían requerir autorización previa:

- Tratamientos médicos que disponen de alternativas menos costosas, pero igual de eficaces.
- Tratamientos médicos y medicamentos que solo deben usarse para determinadas afecciones.
- Análisis de laboratorio, exploraciones por imágenes y pruebas de biomarcadores.
- Tratamientos médicos y medicamentos que suelen usarse excesiva o incorrectamente.
- Medicamentos que pueden ser peligrosos cuando se combinan con otros medicamentos.
- Medicamentos que se suelen usar con fines cosméticos.
- Atención médica que se presta fuera de la red.

La mayoría de las compañías de seguros no brinda una lista con la atención médica que exige autorización previa, por lo que debe preguntar. Su compañía de seguros también puede cambiar sus requisitos de autorización previa en cualquier momento.

A veces, su equipo de atención médica solicitará la autorización previa por usted. Pero si no lo hace y usted recibe la atención médica sin la autorización previa, su compañía de seguros puede negarse a pagarla. En última instancia, es responsabilidad del paciente obtener la autorización previa. Esto significa que siempre es útil preguntarle a su equipo de atención médica si obtendrán las autorizaciones previas necesarias por usted. Si no es así, deberá obtener la autorización previa de su compañía de seguros.

¿Cómo obtener la autorización previa?

1. Averigüe si su atención médica necesita una autorización previa:

- Comuníquese con su compañía de seguros médicos para saber si la atención que necesita exige autorización previa.
- Si es así, consulte a su compañía de seguros médicos sobre el proceso para obtenerla.

2. Averigüe si su equipo de atención médica solicitará la autorización previa:

- Comuníquese con su equipo de atención médica para saber si solicitarán la autorización previa de su compañía de seguros o si tendrá que hacerlo usted.

3. Complete y envíe sus formularios a tiempo:

- Muchas compañías de seguros exigen que complete formularios de autorización previa en determinados plazos. Asegúrese de realizar el proceso de autorización previa lo antes posible, para que la espera no retrase la atención.

4. Lleve un buen registro:

- Cuando envíe su formulario de autorización previa, asegúrese de guardar una copia, por si la solicitud se pierde. Si puede, consiga un sello con fecha o una confirmación por correo electrónico del envío del formulario. Si la autorización previa se aprueba, asegúrese de guardar esa documentación en un lugar seguro, por si la compañía informa más adelante que no la aprobaron.

5. Apele la denegación de cualquier autorización previa:

- Si su compañía de seguros médicos deniega una autorización previa, es decir, le informa que no cubrirá la atención indicada por su equipo de atención médica, no tiene que aceptar un “no” por respuesta. Puede apelar esa decisión.

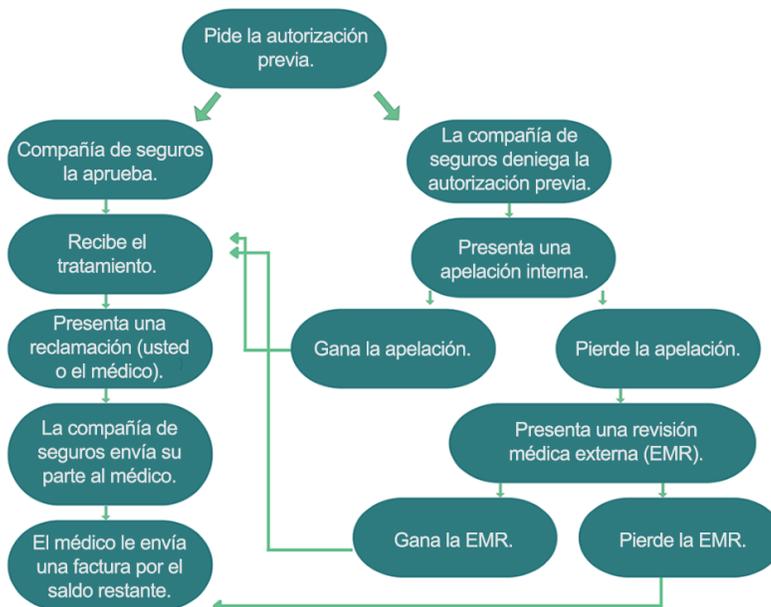
¿Cómo apelar una denegación de autorización previa?

En general, tiene dos oportunidades de apelar una denegación de cobertura: una apelación interna y una externa.

Apelaciones internas: Cuando una compañía de seguros deniega la cobertura de la atención, puede presentar una “apelación interna” dentro de su compañía de seguros. Cada compañía de seguros tiene su propio proceso de apelaciones internas, por lo que debe comunicarse con su compañía para obtener más detalles o instrucciones sobre cómo presentar una apelación en su carta de denegación. Asegúrese de respetar los plazos para presentar una apelación interna.

Si su compañía de seguros deniega la apelación interna, puede solicitar una apelación externa. Según la Ley de Cuidado Asequible, todos los estados deben tener un proceso de apelaciones externas, que también se conoce como “revisión médica externa” o “revisión médica independiente”.

Apelaciones externas: Dentro de los cuatro meses de recibir la denegación de su apelación interna por parte de la compañía de seguros, puede presentar una apelación externa por escrito (tenga en cuenta que algunos estados ofrecen más tiempo). Las apelaciones externas deben completarse en un plazo de 45 días a partir de la presentación, y la decisión es vinculante para la compañía de seguros. Si la atención médica es urgente, las apelaciones externas pueden acelerarse, presentarse al mismo tiempo que una apelación interna y decidirse en un plazo de 72 horas. Las agencias de seguros estatales o el Depto. de Salud y Servicios Humanos (HHS) de los EE. UU. se ocupan de las apelaciones externas. El proceso del HHS es gratuito, pero los estados no pueden cobrar más de \$25 por una apelación externa.



Para ver detalles sobre el proceso de apelación: [TriageCancer.org/cancer-finances-appeals](https://www.triagecancer.org/cancer-finances-appeals).

Para saber más sobre los seguros: [TriageCancer.org/espanol#seguomedico](https://www.triagecancer.org/espanol#seguomedico).