



## Análisis de laboratorio complejos: cómo obtener su cobertura



**Seattle Children's**<sup>®</sup>  
HOSPITAL • RESEARCH • FOUNDATION

**PLUGS**<sup>®</sup>

Patient-centered  
Laboratory Utilization  
Guidance Services

# Índice

---

Análisis de laboratorio complejos: cómo obtener su cobertura .....	3
Acerca del seguro médico .....	3
Cómo obtener acceso a las pólizas de cobertura médica .....	5
¿Cómo averiguo si mi plan de salud cubre un análisis de laboratorio?.....	5
Cómo apelar una solicitud denegada de un análisis .....	6
¿Por qué se denegó la solicitud de un análisis de laboratorio?.....	7
Motivos comunes por los que se deniega la solicitud de un análisis de laboratorio.....	8
Conozca sus derechos de apelación.....	9
Cuando usted presenta una apelación .....	10
Lista de verificación de apelaciones .....	11
Otros problemas.....	12
Organización de revisión independiente (IRO) .....	13
Aumente el éxito con una Lista de verificación de presentación ante la IRO.....	14
Cómo obtener expedientes médicos del plan de salud .....	15
Ejemplo de carta para obtener documentos del plan de salud para ayudar con una apelación .....	16
Otras fuentes de ayuda .....	16
Términos del plan de salud.....	17

## Análisis de laboratorio complejos: cómo obtener su cobertura

---

Este folleto brinda información sobre el pago de los análisis de laboratorio complejos. También incluye listas de verificación para ayudar a los pacientes y a sus familias a obtener cobertura para estos análisis y preparar una apelación en caso de que su reclamación o solicitud sea denegada.

Los **términos del plan de salud** se enumeran y se definen en las páginas 17 a 21.

Hable siempre con sus proveedores de atención médica sobre los problemas de atención médica, por ejemplo, la cobertura del plan de salud para los análisis de laboratorio.

## Acerca del seguro médico

---

Contar con más información sobre cómo funciona el sistema de seguro médico en EE. UU. puede ayudarle a obtener cobertura para un análisis de laboratorio o a prepararse para manejar una reclamación o apelación de un análisis de laboratorio denegado.

El propósito del seguro es protegerlo contra la ruina financiera. Si tiene un seguro, usted es denominado “afiliado” de un plan determinado ofrecido por la compañía. La mayoría de los pacientes asegurados (incluidos los afiliados de Medicare Advantage) pagan una tarifa mensual, que se denomina prima, a su plan. En algunos casos, es posible que los planes no tengan una prima.

Los planes de salud utilizan las primas para pagar los costos de su atención médica. Si usted está muy enfermo con una afección compleja y prolongada, es probable que su prima pague una gran parte de sus costos. El monto que paga su plan de salud se reduce por medio de sus copagos, coseguro y deducibles, aunque estos pagos se pueden acumular.

Medicare es el programa de seguro médico del gobierno federal para personas a partir de 65 años o más, personas más jóvenes con determinadas necesidades especiales o personas con enfermedad renal en etapa terminal (insuficiencia renal). La Parte A de Medicare cubre los servicios hospitalarios, las residencias de ancianos o los servicios de cuidados paliativos. La mayoría de las personas no pagan una prima por la Parte A porque son elegibles, ya que cumplen con las normas laborales y fiscales anteriores. La Parte B cubre los servicios médicamente necesarios para diagnosticar o tratar una afección médica, o los servicios para prevenir o detectar una enfermedad. La mayoría de las personas pagan algo por la Parte B. Muchas personas que tienen Medicare



también adquieren un plan complementario para compensar los costos que no están cubiertos por Medicare.

Medicaid es un programa financiado por el estado y el gobierno federal para quienes cumplen con las directrices de bajos ingresos. Cada estado decide qué está cubierto. Algunos proveedores de atención médica no aceptan pacientes de Medicaid. La mayoría de las veces, esto se debe a que creen que la tarifa de pago es demasiado baja y no es suficiente para cubrir sus costos. Algunos proveedores no pueden cumplir con los requisitos para inscribirse o no desean pasar por el proceso.

Es posible que a los pacientes de Medicaid les resulte más difícil obtener acceso a todos los servicios de atención médica a los que puede tener acceso un paciente con un seguro comercial que ha adquirido un plan de servicios completos.



En EE. UU., más de 150 compañías ofrecen planes de salud para menores de 65 años. El nivel de beneficios cubiertos varía según cada plan, y las compañías a menudo ofrecen más de un plan. En la mayoría de los casos, los planes más costosos ofrecen más beneficios cubiertos.

Cuando un proveedor de atención médica decide que un paciente necesitará un análisis de laboratorio, debe verificar el plan de salud del paciente para ver si es elegible para la cobertura del análisis. Se pueden evitar muchos errores con la facturación al plan de salud si se presenta la reclamación

correcta al plan de salud adecuado.

Algunos análisis de laboratorio que no son de emergencia pueden requerir una autorización previa o la aprobación del plan de salud antes de que se pueda realizar el análisis. Si un análisis es denegado, un paciente puede seguir un proceso de apelación antes de que se haga el análisis para intentar obtener la aprobación del servicio. Consulte las páginas 6 a 12.

Las reclamaciones se envían por fax, por computadora o por correo. Las dos solicitudes son CMS-1500 y UB-04 (para atención hospitalaria). El plan de salud revisa todos los elementos de la solicitud. Si el análisis es algo que requiere la revisión de un médico clínico (según el código CPT), entonces se podría revisar para determinar la necesidad médica usando las pautas del plan de salud. Esto se hace antes de que se tome una decisión sobre la cobertura.

Con la solicitud se le informa al plan de salud:

- Si el proveedor está dentro de la red.
- Quién recibirá o recibió el análisis.
- El monto facturado.

- A dónde se debe enviar el pago.

Después de la revisión de la reclamación, el plan de salud decide sobre el pago al proveedor.

Es fácil que haya un error o que falte algo en la solicitud que podría causar que una reclamación sea denegada. Hay 33 secciones en la solicitud CMS-1500 y 81 campos en la solicitud UB-04.

Los dos motivos principales por los que las reclamaciones son denegadas son los problemas con la elegibilidad (alrededor del 25 %, o una de cada cuatro) y la falta de datos o la presentación de datos que no son válidos (alrededor del 10 %, o una de cada diez). Es útil saber por qué un análisis fue denegado antes de presentar una apelación.

## Cómo obtener acceso a las pólizas de cobertura médica

---

Las pólizas de cobertura médica ofrecen orientación a los planes de salud cuando toman decisiones sobre un análisis. Cada plan de salud crea sus propias pólizas para:

- Procedimientos
- Medicamentos
- Análisis
- Equipos

Obtenga información sobre los detalles de la póliza de cobertura de su plan de salud para el análisis específico.

Intente obtener esta información antes de que su proveedor solicite un análisis.

## ¿Cómo averiguo si mi plan de salud cubre un análisis de laboratorio?

---

### Haga su tarea

- Pregunte a su proveedor de atención médica el nombre del análisis de laboratorio que planea solicitar, así como el nombre de la prueba y los códigos CPT.
- Solicite los códigos de diagnóstico (ICD10) que el proveedor va a usar en la forma de reclamación que enviará al plan de salud.

### Comuníquese con su plan de salud

- Llame al número de teléfono para afiliados que se indica en el reverso de su tarjeta de seguro o visite su sitio web para ver si sus pólizas están en línea. Cuando intente encontrar información detallada sobre un análisis, intente buscar términos como “póliza médica”, “cobertura médica” o “pautas médicas”.



## Otros consejos

- Comuníquese con el plan de salud un par de veces para confirmar que la información que reciba sea la misma cada vez.
- Intente obtener toda la información por escrito. Esta información por escrito puede ser útil si tiene que apelar una solicitud denegada para un análisis.
- Anote y conserve el nombre de la persona que le proporcionó la información, así como la fecha y la hora en que habló con esta persona. Realice capturas de pantalla de las conversaciones en línea con los representantes del plan de salud.
- Pregunte si el análisis lo realiza un proveedor Participante o No participante. Su análisis puede estar cubierto, pero es posible que su proveedor no esté dentro de la red. En este caso, deberá estar preparado para averiguar si un proveedor dentro de la red puede ordenar el análisis, así como los costos, si decide usar un proveedor No participante.
- Una “autorización” del plan de salud significa que la solicitud cumple con sus criterios de pago, pero esto no significa que pagarán el 100 % del costo. Pregunte sobre el monto que cubren para los códigos CPT, si la solicitud se aplica a su deducible y si usted tiene un coseguro o un copago.
- El plan de salud revisa las pólizas de atención médica todos los años, por lo que debe verificar cada vez que se solicite un análisis. Si su plan de salud cambia, será importante revisar su nuevo plan de salud, ya que es posible que no tenga las mismas pautas.

Las pautas de Medicare se pueden encontrar en [cms.gov/medicare-coverage-database](https://www.cms.gov/medicare-coverage-database). Todas las Decisiones de cobertura nacional (National Coverage Decisions, NCD) y las Decisiones de cobertura local (Local Coverage Decisions, LCD) se publican.

Las NCD son para los contratistas administrativos de Medicare (Medicare Administrative Contractors, MAC), el seguro que paga las reclamaciones de Medicare. Las LCD son emitidas por los MAC cuando no hay NCD disponibles.

Se supone que los planes Medicare Advantage deben seguir estas pautas, pero a veces no lo hacen. Es posible que deba estar preparado para una apelación si tiene un análisis cubierto por Medicare, pero no cubierto por un plan de salud comercial.

## Cómo apelar una solicitud denegada de una análisis

---

Los planes de salud denegarán la solicitud de un análisis que no cumpla con los criterios de la póliza o la cobertura. Le envían un aviso o una carta con la Explicación de los beneficios (Explanation of Benefits, EOB). Deben compartir los motivos por los que denegaron el análisis. Saber por qué se denegó la solicitud de un análisis de laboratorio puede ayudarle a preparar su caso para intentar que se revierta la decisión.

## ¿Por qué se denegó la solicitud de un análisis de laboratorio?

- Obtenga y lea la carta en la que se informa por qué se denegó el análisis de laboratorio.
- Obtenga y lea la Explicación de los beneficios sobre el análisis de laboratorio.
- Elija los motivos por los que se denegó el análisis de laboratorio. Consulte la información detallada sobre los términos en las páginas 8, 9 y 17 a 21. Marque todas las opciones que correspondan:
  - Motivos administrativos
  - Coordinación de beneficios (Coordination of Benefits, COB)
  - Falta de información
  - Falta de autorización previa
  - Fuera de la red
  - Presentación oportuna
  - Servicio no cubierto
  - Servicio que no es médicamente necesario
  - Experimental o en investigación

Para las denegaciones indicadas como “Servicio que no es médicamente necesario” o “Experimental o en investigación”:

- Obtenga las comunicaciones internas del seguro médico acerca de la solicitud denegada (consulte **Ejemplo de carta: cómo obtener expedientes de un plan de salud** en la página 15).
- Solicite al seguro médico una copia de la póliza médica que se aplicó.

## Motivos comunes por los que se deniega la solicitud de un análisis de laboratorio

---

**Motivos administrativos:** una solicitud que se deniega por un motivo administrativo a menudo se puede resolver. El proceso y las formas son complejos, y es fácil cometer un simple error que puede hacer que la solicitud sea denegada. Solicite que la reclamación se vuelva a procesar antes de presentar una apelación si el motivo por el que se denegó la solicitud fue por falta de información o si necesita corregir un elemento de la forma, como la ortografía de un nombre, la fecha de nacimiento o los detalles sobre el médico que solicitó el análisis.

**Coordinación de beneficios (COB):** si el servicio es denegado por este motivo, comuníquese con su proveedor de atención médica para confirmar que su reclamación fue enviada al seguro médico correcto.

**Falta de información:** si su solicitud es denegada por falta de información, comuníquese con su proveedor para que envíe la información faltante al plan de salud. También puede solicitar una copia de lo que se presentó en caso de que sea necesario hacer un seguimiento con el plan de salud.

**Falta de autorización previa (también denominada preautorización):** conozca sus beneficios de atención médica *antes* de que se realice un análisis. Para algunos análisis, el plan de salud puede exigir que el proveedor solicite permiso primero para realizar el análisis. Si una solicitud es denegada por este motivo, hay menos opciones de apelación. En función del plan de salud, puede haber una opción para presentar una solicitud de revisión retrospectiva.

**Fuera de la red:** si una reclamación es denegada por este motivo, puede solicitar una excepción. En algunos casos, el plan de salud y el proveedor pueden establecer un “acuerdo único” o una “carta de acuerdo”. Hable con su proveedor acerca de cómo alcanzar una tarifa que funcione para ambas partes.

**Presentación oportuna:** si una reclamación es denegada por este motivo, comuníquese con el proveedor del análisis y solicite que NO se le facture el análisis. Dado que el paciente no presenta las reclamaciones, el proveedor es responsable de la presentación oportuna de las reclamaciones.

**Beneficio no cubierto:** algunos planes de salud excluyen la cobertura de análisis específicos, como análisis genéticos. Es poco probable que una apelación por este motivo tenga éxito.



**Servicio que no es médicamente necesario:** a menudo, cuando una solicitud es denegada por este motivo, el plan de salud tiene una póliza que describe los criterios que se requieren para aprobar la solicitud. Si una solicitud no cumple con todos los criterios, es posible que sea denegada. Revise los motivos que se indican en la carta de denegación para que pueda decidir si existe un motivo para apelar la solicitud denegada. Por ejemplo, si el proveedor no documentó claramente un elemento requerido y si se puede mostrar esto al pagador, es posible que anulen la solicitud o la reclamación denegada.



**Experimental o en investigación:** la tecnología evoluciona rápidamente, y es posible que no haya suficiente evidencia para respaldar que un análisis puede mejorar los resultados de salud. En este caso, un pagador considerará el análisis como “experimental o en investigación”. Dado que las políticas varían entre los pagadores, es posible que se entere de que los pagadores no consideran el mismo análisis de la misma manera. Puede ser útil que los proveedores revisen la póliza de cobertura y, si está desactualizada, que proporcionen información actualizada para incluirla con una solicitud de apelación.

## Conozca sus derechos de apelación

---

Si su orden para un análisis fue denegada por motivos que son de naturaleza más clínica (experimental o en investigación, necesidad médica o servicio no cubierto), asegúrese de conocer sus derechos de apelación.

Pregunte a su plan de salud con cuántos niveles de apelación cuenta y si existe la opción de una revisión externa o una revisión entre pares. Algunos planes de salud permiten que el proveedor coordine la apelación, mientras que otros exigen que el afiliado presente los documentos requeridos. La mayoría de los planes de salud ofrecen uno o dos niveles de apelación interna que se deben realizar antes de que se ofrezca una revisión externa (revisión independiente). Si no es necesario hacer esto primero, puede considerar ir directamente a una revisión externa, donde el análisis es revisado por un especialista. Consulte la sección sobre revisiones independientes en las páginas 13 a 14.

Si la revisión entre pares es una opción, obtenga los números de contacto telefónicos y por fax para seguimiento del departamento de apelaciones y comuníquese con su proveedor para pedirle que complete esto en su nombre. Si la revisión entre pares no es una opción, presentar una apelación puede ser su mejor opción.

## Cuando usted presenta una apelación

---

**Debe estar preparado:** antes de presentar una apelación, revise estos consejos y complete la **Lista de verificación de apelaciones** en la página 11. Esto le ayudará a evitar demoras y a incrementar la probabilidad de que su apelación sea oportuna y exitosa.

- Asegúrese de tener el número de teléfono y el número de fax correctos para la apelación. La presentación de una apelación ante el departamento equivocado puede producir una demora en una respuesta o que no haya ninguna respuesta.
- Si envía su apelación por correo, hágalo por correo certificado. Los planes de salud reciben grandes cantidades de correo, por lo que el envío certificado ayudará a reducir el riesgo de pérdida.
- Imprima de un solo lado. No incluya ninguna página que esté impresa por ambos lados; algunos escáneres se saltarán el reverso de una página si imprime en ambos lados del papel. No engrape los documentos.

## Lista de verificación de apelaciones

- Obtenga instrucciones de su plan de salud sobre cómo apelar y averigüe los detalles sobre:

Fecha de vencimiento: \_\_\_\_\_

A dónde y cómo enviar la apelación (fax, correo electrónico, dirección):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Solicitudes, si las hay, que se deben llenar:

\_\_\_\_\_

- Revise los motivos por los que la orden fue denegada en la carta de denegación y en la Explicación de los beneficios.
- Para las ordenes denegadas debido a falta de “necesidad médica” o porque el análisis se consideró “en investigación o experimental”, obtenga información sobre la orden denegada solicitando las comunicaciones internas del plan de salud sobre la denegación (consulte la sección sobre **Cómo obtener expedientes médicos del plan de salud** en las páginas 15 a 13).
- En el lugar correcto en las solicitudes o en una carta de presentación, indique lo siguiente:
  - Cree que este análisis es un beneficio cubierto (insista; no insulte).
  - Ha revisado el motivo por el que la orden fue denegada.
  - Ha abordado el motivo por el que la orden fue denegada con nueva documentación que no presentó antes y que se relaciona con el motivo indicado para la denegación.
- Incluya los documentos adecuados cuando presente una apelación. En la mayoría de los casos, esto incluye lo siguiente:
  - La carta de denegación emitida por el plan de salud.
  - Documentación para ayudar a superar la orden denegada.
- Si la orden fue denegada por falta de “necesidad médica” o porque el análisis se consideró “en investigación o experimental”, incluya la declaración de necesidad médica del proveedor y las pautas clínicas, si existen.
- Envíe su apelación por correo electrónico o por fax, y confirme con el plan de salud que fue recibida.
- Si se requiere el envío por correo, hágalo por correo certificado o utilice un servicio de entrega,

**Envíe la apelación:** después de finalizar el trabajo con los antecedentes, asegúrese de incluir estos documentos cuando presente su apelación:

- Carta de su plan de salud que indique que dicho análisis fue denegado.
- Solicitud de apelación del plan de salud (si corresponde).
- Solicitud de autorización de representación completada (se requiere si el proveedor presenta la apelación en su nombre).
- Declaración de necesidad médica o nota clínica del proveedor que solicitó el análisis. Es necesario que esta declaración incluya lo siguiente:
  - Explicación de por qué se solicitó el análisis.
  - El resultado del análisis si ya se realizó.
  - Si los resultados se usaron para tomar una decisión clínica o modificaron el curso de la atención.
- Declaración sobre por qué cree que el análisis debe estar cubierto. Asegúrese de incluir toda la demás información que pueda ayudar a anular una decisión médica en su caso.
- Pautas clínicas que demuestren el respaldo del análisis (si están disponibles) o documentación del proveedor que demuestre que el análisis es parte del “estándar de atención”.
- Si el análisis está cubierto por Medicare, adjunte un comprobante de cobertura (consulte la información detallada sobre Medicare en las páginas 3, 6, 6, 10 y 14).

## Otros problemas

---

Si el tiempo es crítico por cuestiones de salud o monetarias, puede solicitar una apelación acelerada. Este proceso puede ser tan simple como marcar una casilla en una solicitud de apelación o llenar otra solicitud diferente.

Si su empleador tiene un plan de Servicios administrativos únicamente (Administrative Services Only, ASO), el plan de salud solo administra el plan; su empleador es quien aporta el dinero para pagar los servicios. Es posible que desee comunicarse con su departamento de Recursos Humanos para solicitar una excepción al plan de beneficios mientras realiza la presentación de la apelación ante su plan de salud. Los planes de algunos empleadores tienen un corredor de seguros que puede ayudarlo a recorrer el proceso de apelación o puede ayudarlo a averiguar qué está cubierto y qué no en virtud de los términos de su plan.

Si tiene un plan Medicare Advantage o Medicare tradicional, puede tener hasta 5 niveles de apelación según el costo del análisis. Su paquete de apelaciones se acerca a lo que se describió arriba. El tercer nivel de apelación es un nivel ante un Juez de derecho administrativo (Administrative Law Judge, ALJ). En ese momento, es posible que desee

pedirle a su proveedor de atención médica que lo ayude cuando tenga que hablar con cualquier juez.

## Organización de revisión independiente (IRO)

---

Si el seguro médico deniega su análisis, es posible que tenga derecho a una revisión externa por parte de una Organización de revisión independiente (Independent Review Organization, IRO). La IRO cuenta con especialistas que no son empleados de su plan de salud. Analizarán su caso de forma independiente y, en la mayoría de los casos, sin ningún sesgo. Es una segunda oportunidad importante. Con análisis “más nuevos”, esta suele ser la mejor manera de obtener la aprobación de un análisis. Muchas veces, cuando se anula una reclamación denegada a través de la IRO, esta decisión hace que el plan de salud modifique su póliza para ofrecer algo más favorable para los pacientes.



La tasa de éxito con una IRO suele ser mucho más alta que con el proceso de quejas formales dentro de un plan de salud. En muchos estados, la tasa de éxito es mayor de 50 %. Por lo tanto, vale la pena presentar una apelación ante una IRO incluso si perdió la apelación dentro del plan de salud.

Cuando envíe un caso a una IRO, asegúrese de que todas las solicitudes ante la IRO estén completas. Algunos estados exigen que el médico que ordenó el análisis firme una solicitud. Este es a menudo el caso si una reclamación es denegada porque un análisis se considera “en investigación o experimental”. Otros estados requieren una firma del paciente. Además, algunos estados requieren una tarifa para procesar una revisión externa. Si falta alguna parte de la información requerida, la apelación se puede demorar o no procesarse. Envíe la misma información que se indica en la sección **Cuando presenta una apelación** en las páginas 10 a 12 cuando presente una reclamación o solicitud de revisión ante una IRO.

Cuando pida una revisión externa, asegúrese de solicitar que el análisis denegado sea revisado por un médico del “mismo tipo”. No desea que un médico dermatólogo revise una orden de un análisis de cáncer. También enumere las subespecialidades. Por lo tanto, si su pedido es para un análisis relacionado con el cáncer en la sangre, asegúrese de indicar que desea que su orden sea revisada por un médico especialista en cáncer en la sangre, no por un médico especialista en cáncer en general.

Si su proveedor de atención médica tiene información sobre otros pacientes que han pasado por el proceso de revisión externa por el mismo motivo y han tenido éxito, pregúntele a su proveedor si puede incluir las cartas de anulación de los otros pacientes en su paquete de apelación, siempre y cuando que **se elimine la información médica personal**. La presentación de otros ejemplos de ordenes aprobadas puede respaldar el

uso del análisis en su caso. La revisión externa suele ser el último nivel de revisión al que puede recurrir, así que presente la apelación más exhaustiva posible.

La clave para que se cubra un análisis es explicar por qué se solicitó, los resultados y qué quiere hacer el proveedor con los resultados. Además, la IRO a menudo tienen en cuenta factores que su plan de salud probablemente no consideró cuando su apelación fue denegada. Por lo tanto, incluya esos factores en una carta de presentación, que forma parte de su paquete de apelaciones ante la IRO. Está bien compartir su opinión sobre por qué pensó que el análisis era útil y cómo lo ayudó a usted o a su familia. También está bien agregar información para fortalecer su caso o hacer que cualquier parte del expediente médico sea más relevante para respaldar su caso.

También puede ser útil incluir otra información objetiva, en forma de expedientes u opiniones médicas, en la presentación ante la IRO. Entonces, indique con claridad en su carta de presentación que ha proporcionado información médica que no estaba disponible para el plan de salud cuando revisaron su apelación.

## Aumente el éxito con una Lista de verificación de presentación ante la IRO

- Obtenga las solicitudes de presentación ante la IRO de su plan de salud.
- Llene las solicitudes.
- Incluya el pago, si es necesario.
- Agregue una carta de presentación que indique lo siguiente:
  - Que desea que la revisión sea realizada por un médico del “mismo tipo”.
  - El efecto de este rechazo en el paciente o la familia.
  - Que se agregó nueva información, y enumere en qué consiste.
  - Que este análisis es un beneficio cubierto (insista; no insulte).
- Incluya una o más partes de información nueva sobre su apelación dentro del plan de salud, como, por ejemplo:
  - Cartas de anulación de otros pacientes si tiene permiso y puede eliminar la información médica personal.
  - Una declaración que proporcione más detalles sobre el caso junto con información detallada sobre sus circunstancias.
  - Nueva documentación u opiniones médicas que usted no presentó como parte del proceso de quejas formales.



En su carta de presentación ante la IRO, insista al comienzo y al final de la carta que cree que este análisis es un beneficio cubierto y que ha presentado material sustancial para comprobarlo. Sea amable; insista, pero no insulte en su carta.

## Cómo obtener expedientes médicos del plan de salud

---

En virtud de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de los Seguros Médicos (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA) de 1996, usted tiene el derecho de obtener acceso a sus expedientes médicos. Esto incluye tanto los expedientes impresos como los electrónicos.

Los planes de salud son “entidades cubiertas”, de modo que deben cumplir con estas leyes. Comuníquese con su plan de salud por teléfono para averiguar el proceso para solicitar la documentación para el servicio solicitado. Esto incluye la comunicación interna del plan de salud que llevó a que se tomara la decisión.

Aclare que su pedido incluye más que las cartas que el plan de salud le envió a usted. El plan de salud puede requerir que llene y firme una solicitud o que pague una tarifa para completar el pedido.

No es necesario que solicite expedientes médicos para la apelación de su plan de salud. Debe haber recibido información por correo sobre su reclamación, por qué fue denegada y cómo se apeló. Su proveedor de atención médica debe elaborar las notas clínicas necesarias para la apelación.

También puede proporcionar artículos sobre atención médica para respaldar el análisis en cuestión. A veces, el fabricante del análisis también puede ser de ayuda. Cuando presenta un caso para una revisión externa, debe proporcionar los mejores motivos médicos para anular la decisión. Estos recursos adicionales pueden brindar esa información.

## Ejemplo de carta para obtener documentos del plan de salud para ayudar con una apelación

[Inserte la fecha aquí]

Estimado(a) colega:

Soy afiliado del plan de salud \_\_\_\_\_. Como afiliado, tengo el derecho de recibir correspondencia y documentos relacionados con las siguientes denegaciones de análisis de laboratorio:

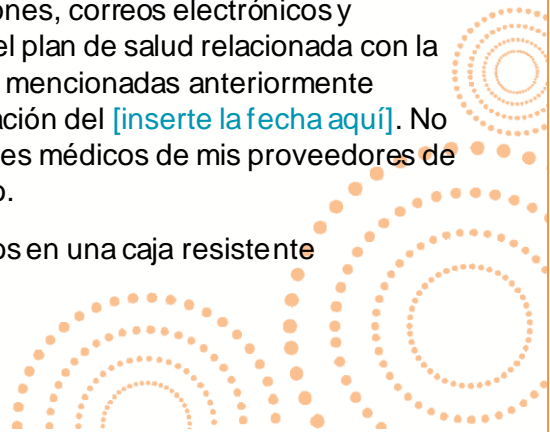
[Inserte aquí la descripción de la denegación. Incluya el nombre del análisis y la fecha del servicio.]

Por lo tanto, le solicito lo siguiente al plan de salud:

- 1) Todos los registros de deliberaciones, correos electrónicos y cualquier otra correspondencia del plan de salud relacionada con la denegación de las reclamaciones mencionadas anteriormente y descritas en su carta de denegación del [inserte la fecha aquí]. No es necesario enviar los expedientes médicos de mis proveedores de atención, porque que ya los tengo.
- 2) Por favor, envíe estos documentos en una caja resistente en lugar de usar un sobre.

Atentamente,

[Su firma va aquí]



## Otras fuentes de ayuda

Cada estado tiene un Departamento de Seguros. El alcance de la ayuda que puede recibir varía en función de las leyes del estado. Si ha intentado todas las opciones con el plan de salud, puede valer la pena comunicarse con el Departamento de Seguros de su estado. Algunos estados también brindan programas de asistencia al consumidor. Estos programas ayudan a los pacientes con los problemas con los seguros médicos. Para encontrar el programa de asistencia de un estado, visite [cms.gov/CCIIO/Resources/Consumer-Assistance-Grants](https://www.cms.gov/CCIIO/Resources/Consumer-Assistance-Grants).

Es posible que desee comunicarse con el congresista o el senador que lo representa. Es posible que no se resuelva su problema, pero puede resultar útil informar a su funcionario electo al respecto. Todos deben respetar las reglas en su estado, y todos tienen opiniones sobre la atención médica en nuestro país y cómo se paga.

Si tiene recursos adicionales, fuera del costo del análisis real, es posible que desee comunicarse con un especialista en leyes sobre atención médica. Esta sería una persona de su área local que conozca las denegaciones de los planes de salud. Analice los honorarios con este especialista, porque puede que el tiempo o el gasto que invertirá en esta opción no valga la pena. Probablemente dependerá de la importancia del análisis que fue denegado.

Si es afiliado de Medicare, tiene acceso al Defensor de Beneficiarios de Medicare (Medicare Beneficiary Ombudsman, MBO) [cms.gov/Center/Special-Topic/Ombudsman/Medicare-Beneficiary-Ombudsman-Home.html](https://www.cms.gov/Center/Special-Topic/Ombudsman/Medicare-Beneficiary-Ombudsman-Home.html). Este servicio ayuda a los afiliados con preguntas, quejas, apelaciones y solicitudes de información.

También puede acceder a los Programas Estatales de Asistencia con los Seguros Médicos (State Health Insurance Assistance Programs, SHIP) de su estado para obtener ayuda con preguntas sobre los beneficios de Medicare en [shiptacenter.org](https://www.shiptacenter.org).

## Términos del plan de salud

---

En esta sección se enumeran los términos comunes del plan de salud y sus definiciones. Siempre consulte con su plan de salud para obtener información detallada.

**Apelación:** un pedido formal que envía a su plan de salud para revisar una reclamación denegada.

**Autorización:** consulte “Autorización previa”, en la página 21.

**Certificado de cobertura:** el contrato entre usted y su plan de salud en el que se describen sus beneficios. También se puede denominar Descripción resumida del plan (Summary Plan Description, SPD).

**Reclamación:** una factura por servicios de atención médica que su proveedor envía al plan de salud para su pago. En algunos casos, su análisis de laboratorio se presentará en una reclamación independiente, y en otros casos estará en una reclamación junto con otros servicios de atención médica (como una visita al médico) que tuvo al mismo tiempo.

**Forma CMS 1500:** se usa para presentar reclamaciones a planes de salud.

**Coseguro:** participación del paciente en el costo de un servicio de atención médica.



**Copago:** monto fijo que se paga por un servicio de atención médica, la mayoría de las veces en el momento del servicio. Por ejemplo, si su plan de salud tiene un copago de 20 % por una visita al médico, y la visita al médico cuesta \$200: usted pagaría \$40 y su plan de salud pagaría \$160, si ha alcanzado el monto de su deducible (consulte “Deducible” en esta página). Del mismo modo, un copago de 20 % por un análisis de laboratorio de \$100

significa que usted paga \$20 y su plan de salud paga \$80.

**Coordinación de beneficios (COB):** es aplicable a pacientes de Medicare que han adquirido planes complementarios para cubrir las brechas en la cobertura de Medicare. Los planes que ofrecen la cobertura primaria de salud o de medicamentos recetados para un paciente de Medicare pueden decidir qué plan de salud tiene la responsabilidad de pago principal y qué planes complementarios contribuirán.

**Beneficio cubierto:** un servicio de atención médica que paga su plan de salud según las normas de pago de ese plan de salud. Si recibe un servicio que NO está cubierto, entonces usted paga la totalidad del costo. Por ejemplo, tome el caso de una visita a un médico que cuesta \$200 y es un beneficio cubierto de su plan de salud. Si las normas de pago establecen que usted paga el 20 % y el plan de salud paga el 80 %, entonces usted pagaría \$40 y el plan de salud pagaría \$160. Si este servicio NO era un beneficio cubierto, usted debe \$200. Además, el pago que realice por un servicio no cubierto NO cuenta para su deducible. Así, cuando tiene un análisis no cubierto usted lo paga y este no cuenta para su deducible. Por lo tanto, debe saber si el análisis que planea recibir está cubierto o no.

**Códigos CPT:** los códigos de Terminología de procedimientos vigentes (Current Procedural Terminology, CPT) forman parte del sistema de facturación. Son utilizados por proveedores de atención y planes de salud para identificar los procedimientos y los servicios médicos, como análisis de laboratorio. En la mayoría de los casos, cada análisis de laboratorio tiene su propio código. El sistema es publicado por la Asociación Médica Estadounidense (American Medical Association, AMA) y se actualiza cada año.

**Deducible:** monto que un paciente paga por año por los servicios de atención médica antes de que el plan de salud comience a pagar. Por lo tanto, si su deducible es de \$3,000, el plan de salud no comenzará a pagar sus facturas de atención médica hasta que usted pague los primeros \$3,000 ese año. Solo es aplicable a los beneficios cubiertos. Usted tiene responsabilidad ilimitada por los beneficios no cubiertos. Esto significa que no se aplica el deducible, y usted debe pagar la factura completa. No es lo mismo que un copago, que es una tarifa que usted paga en el momento del servicio (consulte la definición de “Copago” en esta página) por un servicio de atención médica cubierto.

**Denegación:** sucede cuando el plan de salud no tiene la intención de pagar. Los análisis de laboratorio pueden ser denegados porque:

- El plan de salud no tiene suficiente información del proveedor para determinar si el análisis es un beneficio cubierto.
- El análisis de laboratorio no se considera un beneficio cubierto para su afección médica. En algunos casos, un análisis de laboratorio es un beneficio cubierto para algunas afecciones médicas, pero no para otras.
- El análisis de laboratorio nunca es un beneficio cubierto porque se considera “en investigación o experimental”, o inútil.



**Explicación de los beneficios (EOB):**

información por escrito de su plan de salud que explica los detalles de su reclamación. Puede contener los códigos CPT (consulte la definición en la página 18) que describen el análisis de laboratorio que se le realizó, y códigos ICD que explican el motivo del

análisis de laboratorio. Puede incluir los códigos de denegación que describen por qué el seguro médico no tiene la intención de pagar el análisis de laboratorio, a menos que usted proporcione más información detallada por escrito o presente una apelación que los convenza de pagar. A menudo es difícil de entender. NO es una factura.

**Revisión externa:** sucede cuando una reclamación es analizada por un organismo externo que no es el plan de salud. En la mayoría de los casos, si usted pierde una apelación, su plan de salud tiene una opción que le permite apelar ante un organismo externo, que a menudo se denomina Organización de revisión independiente (IRO). En muchos casos en los que se han denegado análisis de laboratorio médicamente necesarios, es más probable que gane su apelación ante una IRO, y es su derecho hacerlo.

**Proveedor de atención médica:** los doctores (también conocidos como médicos), personal de enfermería, asistentes médicos y asesores genéticos son ejemplos de proveedores de atención médica. Los médicos pueden ordenar análisis de laboratorio en todos los estados. En la mayoría de los estados, los miembros del personal de enfermería, los asistentes médicos y los asesores genéticos pueden ordenar análisis de laboratorio, pero a veces tienen límites sobre qué análisis de laboratorio pueden solicitar y el tipo de supervisión que necesitan cuando lo hacen.

**Plan de salud:** los seguros médicos como Aetna, UnitedHealthcare, Anthem, Cigna y Blue Cross/Blue Shield ofrecen planes de salud que establecen los servicios de atención médica que están cubiertos para una persona que es afiliada del plan. Los seguros médicos pueden ofrecer más de un plan. La mayoría de las veces, los planes más costosos suelen proporcionar más servicios cubiertos.

**Códigos ICD:** la Clasificación Internacional de Enfermedades (International Classification of Diseases, ICD) que se usa para describir características o diagnósticos clínicos. La mayoría de las veces, un análisis de laboratorio médicamente necesario se

pagará si tiene el código (o los códigos) ICD correcto(s) asignado(s) en la forma de reclamación.

**Dentro de la red:** cuando un proveedor de atención médica, un hospital o un laboratorio clínico forman parte de una red de planes de salud. También conocido como proveedores Par (abreviatura de “Participantes”). Este tipo de laboratorios clínicos trabajan con el plan de salud para crear una hoja de tarifas para los análisis de laboratorio. Esta es una forma en que su plan de salud puede protegerlo de las tarifas altas para análisis de laboratorio. Los laboratorios fuera de la red (consulte la página 20) a veces, aunque no siempre, le cobran al plan de salud tarifas altas. Los pacientes pueden recibir facturas altas de un laboratorio porque el proveedor solicitó el análisis de laboratorio a un laboratorio fuera de la red.

**Desembolso directo máximo:** el monto de dinero que un paciente debe pagar por servicios médicos durante un año del plan. Solo es aplicable a los beneficios cubiertos. No es aplicable a los análisis de laboratorio que no están cubiertos.

**Póliza de cobertura médica:** pólizas emitidas por planes de seguro médico que describen los criterios de cobertura médica para un procedimiento o servicio, incluidos los análisis de laboratorio.

**Director médico:** un médico que trabaja para un plan de seguro y que está a cargo de tomar decisiones médicas. Si existe una controversia sobre la cobertura de un análisis de laboratorio, a menudo esta es la persona que decide si la reclamación del análisis de laboratorio está cubierta por el plan de salud.



**Medicaid:** ofrece cobertura médica a adultos, niños y niñas, mujeres embarazadas, adultos de edad avanzada y personas con discapacidades elegibles de bajos ingresos. Medicaid es administrado por los estados, de conformidad con los requisitos federales. El programa es financiado de manera conjunta por los estados y el gobierno federal.

**Medicare:** el programa de seguro médico del gobierno federal para personas a partir de 65 años o más, ciertas personas más jóvenes con necesidades especiales o personas con enfermedad renal en etapa terminal (insuficiencia renal).

**Medicare Advantage:** una alternativa al Medicare original, ofrecida por compañías privadas con aprobación de Medicare. Cubre todos los servicios de Medicare, y algunos de estos planes también brindan cobertura adicional, por ejemplo, para necesidades de la vista, auditivas y dentales.

**Afiliado:** persona cubierta por un plan de salud.

**Proveedor No Participante:** consulte Fuera de la red, a continuación.

**Fuera de la red:** cuando un proveedor de atención médica no participa en la red del plan de salud. También conocidos como proveedores No Par. (abreviatura de “No Participantes”).



**Proveedor Participante:** consulte Dentro de la red en la página 20.

**Revisión entre pares:** cuando el médico que ordenó un análisis médico se reúne con el director médico del plan de salud para analizar por qué un análisis debe estar cubierto.

**Preautorización (también llamada Autorización previa):** un proceso obligatorio que permite a un proveedor determinar la cobertura y asegurar la aprobación de un pagador para un análisis de laboratorio. Esto no garantiza el pago. NO solicitar esta autorización antes de un análisis podría dar lugar a la falta de pago del análisis.

**Predeterminación:** permite que el plan de salud revise la solicitud de un análisis de laboratorio para determinar su necesidad médica. En este proceso, que se realiza como una cortesía, la cobertura de beneficios se determina antes de que se realice el análisis, para que se pueda abordar cualquier límite impuesto por el plan. Muchos planes de salud exigen una autorización previa. Si el pagador sugiere obtener una autorización previa, proceda y solicite que se realice.

**Prima:** monto de dinero que usted paga mensualmente para tener un seguro médico. Por lo general, los empleadores cubren una parte de este monto.

**Solicitud de reclamación UB-04:** se usa para presentar reclamaciones hospitalarias a los planes de salud.



**Seattle Children's**<sup>®</sup>  
HOSPITAL • RESEARCH • FOUNDATION

**PLUGS**<sup>®</sup>

Patient-centered  
Laboratory Utilization  
Guidance Services

Queremos reconocer a Natalie Thurston por su colaboración con este kit de herramientas. El desarrollo fue financiado por una subvención de Seattle Children's Hospital Laboratory Testing Policy Fund (Fondo de Políticas para Análisis de Laboratorio de Seattle Children's Hospital).

PLUGS (Patient-centered Laboratory Utilization Guidance Services [Servicios de orientación para la utilización de laboratorios centrados en el paciente]) es una colaboración para la gestión de laboratorios sin fines de lucro dentro del Departamento de Laboratorios de Seattle Children's Hospital. Nuestra misión es mejorar las órdenes, la recuperación, la interpretación y el reembolso de los análisis de laboratorio.

**[www.schplugins.org](http://www.schplugins.org)**

Correo electrónico: [PLUGS@SeattleChildrens.org](mailto:PLUGS@SeattleChildrens.org)

© 2023 PLUGS, Seattle, Washington. Todos los derechos reservados.